

**O “PONTO DO MARIDO”:  
Contextos, Conceitos e Análises sobre Suturas  
Desnecessárias nos Genitais Femininos**

**Lívia Gaudencio Ribeiro Silva**

**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Estudos Sobre as Mulheres, realizada sob a  
orientação científica da Professora Doutora Dalila Cerejo.**

**Lisboa, dezembro de 2022.**

*Por todas as mulheres,  
de todos os tempos,  
que sofreram violência de gênero  
e mutilação dos genitais dentro dos hospitais.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a todas as mulheres que deram seus depoimentos, mostrando suas caras ou não, por fazerem possível acontecer esta pesquisa, mas também por estarem dispostas a lutar contra a opressão social a que estamos sujeitas e contra a violência obstétrica que é reproduzida na fragilidade das relações de poder entre gestante e sistema hospitalar.

Devido à Lei da Proteção de Dados, todos os nomes mencionados em toda a pesquisa foram abreviados de forma a não ser possível identificar as depoentes. Portanto, muito obrigada a A., de Brejo Santo (Br); A., de Santa Maria (Br); A.B., de Peniche (Pt); A. C., de Belo Horizonte (Br); A., de Faro (Pt); C., de Cascais (Pt); C.O., do Porto (Pt); F., de Belo Horizonte (Br); F., de Divinópolis (Br); I., de Santos (Br); J., do Rio de Janeiro (Br); P.P., de Cascais (Pt); e S., de São Paulo (Br). Agradeço também às profissionais que colaboraram com seu conhecimento. Às médicas obstetras Dra. E. M., de São Paulo (Br), e Dra. L., de Lisboa (Pt); à enfermeira obstetra E. P., de Leiria (Pt); e à médica dermatologista Dra. J.A., de São Paulo (Br). Agradeço às informações de suporte das advogadas especialistas em violência obstétrica Dra. V. S. (Pt) e Dra. V. V. (Br); e também da política e ativista pela erradicação da mutilação genital feminina Dra. F. B. (Guiné-Bissau).

Agradeço imensamente a colaboração da Associação OVO - Observatório da Violência Obstétrica em Portugal, que divulgou minha pesquisa e fez a ponte com a maioria das entrevistadas portuguesas. Igualmente agradeço à minha amiga fotógrafa Luna Andrade, pelo incentivo e pela assistência na captação de algumas imagens e entrevistas.

Agradeço ao apoio e companheirismo constantes do meu marido Marcelo Carrusca, que atravessou o Atlântico para me acompanhar e que me incentivou a persistir neste objeto de estudo no momento de maior aridez da pesquisa. Agradeço a compreensão da minha filha Cecília e do meu filho João, por tentarem arduamente respeitar a porta fechada para que eu seguisse com o trabalho em noites, feriados e finais de semana.

Agradeço à minha orientadora Dra. Dalila Cerejo pela tranquilidade transmitida, paciência e pelos direcionamentos assertivos; e também à minha amiga Dra. Leonor de Toledo pela transmissão de informações acadêmicas valiosas em nossas conversas informais.

Não posso deixar de agradecer à minha mãe Elaine Gaudêncio e ao meu pai Maurício Ribeiro (in memoriam) por me ensinarem a valorizar os estudos e que, juntamente com meus irmãos, Maurício Filho e Lídia Gaudencio, sempre me ofereceram/oferecem amor e apoio incondicionais.

## **O “PONTO DO MARIDO”: CONTEXTOS, CONCEITOS E ANÁLISES SOBRE SUTURAS DESNECESSÁRIAS NOS GENITAIS FEMININOS**

## **THE “HUSBAND STITCH”: CONTEXTS, CONCEPTS AND ANALYSES ON UNNECESSARY SUTURES IN FEMALE GENITALS**

### **RESUMO**

Esta pesquisa tem por objetivo comprovar a existência do procedimento conhecido como “ponto do marido”, e realizar análises pertinentes ao discorrer sobre contextos e conceitos relacionados às suturas desnecessárias nos genitais femininos para fundamentar o tema. Através de um trabalho de campo que consistiu em entrevistas a mulheres em Portugal e Brasil, buscou-se compreender sobre este procedimento, como ele é realizado e quais problemáticas sociais sustentam e mantêm esta prática, que não possui respaldo médico e científico. Paralelamente, este trabalho aborda ainda as consequências para a saúde e bem-estar das mulheres vítimas deste tipo de violência e tece recomendações para a eliminação da prática.

### **ABSTRACT**

This research aims to prove the existence of the procedure known as "husband's stitch", and make relevant analyses when discussing contexts and concepts related to unnecessary sutures in the female genitals to support the theme. Through a field work that consisted of interviews with women in Portugal and Brazil, we sought to understand this procedure, how it is performed and what social problems sustain and maintain this practice, which has no medical and scientific support. At the same time, this work also addresses the consequences for the health and well-being of women victims of this type of violence and makes recommendations for eliminating the practice.

**PALAVRAS CHAVE:** ponto do marido, episiotomia, violência obstétrica, violência de gênero, mutilação genital feminina, saúde da mulher, ginecologia.

**KEY WORDS:** husband stitch, episiotomy, obstetric violence, gender violence, female genital mutilation, women's health, gynecology and obstetrics.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO -----	7
CAPÍTULO I: DEFINIÇÃO E ANÁLISE CONCEITUAL -----	11
1. O Ponto do Marido -----	11
2. Episiotomia-----	15
3. Mutilação Genital Feminina -----	22
4. Relações entre os Conceitos -----	26
CAPÍTULO II: CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA -----	28
1. O Patriarcalismo -----	28
2. O Sistema Hospitalar -----	31
3. A Violência Obstétrica e a Normose -----	38
4. A Normatização da Sexualidade e a Pressão Estética -----	45
5. Relações entre os Contextos -----	49
CAPÍTULO III: ANÁLISES DOS PRINCIPAIS RESULTADOS -----	51
1. Metodologia e Construção do Modelo de Análise -----	51
2. Resultado da Análise Quantitativa dos Depoimentos -----	59
3. Análise Qualitativa dos Depoimentos -----	60
a) Dimensões Físicas -----	61
b) Dimensões Subjetivas -----	64
c) Dimensões das Relações de Poder -----	73
4. Recomendações -----	83
CONCLUSÃO -----	86
BIBLIOGRAFIA -----	89
Índice de figuras -----	91
Anexo 1 : Guião de Entrevista -----	92

*Fugir do pensamento patriarcal significa: ser cética quanto a cada sistema conhecido de pensamento; criticar todos os pressupostos, valores de ordem e definições.*

*(...)*

*Sermos críticas quanto ao próprio pensamento, que é, afinal, um pensamento moldado na tradição patriarcal. Por fim, significa desenvolver coragem intelectual, a coragem de se levantar sozinha, a coragem de buscar o inalcançável, a coragem de correr o risco do fracasso. Talvez o maior desafio para as mulheres pensadoras seja o desafio de fugir do desejo de segurança e aprovação para a qualidade mais “não feminina” de todas – a arrogância intelectual.*

Gerda Lerner em “A Criação do Patriarcado” (2019, p. 310-311)

## INTRODUÇÃO

Na última década, as problemáticas que envolvem o sistema obstétrico têm sido apontadas e questionadas, principalmente no que diz respeito à negação da existência da violência obstétrica, e até mesmo da censura do uso do termo. Contudo, atravessamos recentemente dois eventos alarmantes em Brasil e Portugal. Enquanto Portugal atravessa um cenário de descaso e negligência à gestante, com o fechamento das urgências obstétricas, o Brasil, além das violências de praxe, testemunhou um episódio de extrema atrocidade onde um anestesista estuprou uma mulher durante o processo de parto. Isto demonstra o quão urgente é tratarmos o tema da violência obstétrica por todos os vieses possíveis.

Desta forma, este ensaio pretende elucidar conceitos, explicitar contextos e registrar saberes empíricos, servindo de ferramenta teórica de caráter inédito sobre o tema, que possa disparar transformações sociais e epistêmicas a respeito da prática do “ponto do marido”.

Antes de adentrarmos diretamente ao objeto central da questão, é necessário elucidar alguns conceitos e critérios, já que a própria definição do sujeito “mulher” é bastante rizomática, sendo importante definir os parâmetros de uso desta palavra enquanto ponto de partida essencial. Sabe-se que existem várias definições para o conceito de “mulher” a partir dos conceitos de gênero e, para que a pesquisa não soe generalista, reducionista, ou excludente acerca da questão do não-binarismo, é preciso justificar por quê a pesquisa não pretende aprofundar-se nas questões específicas do chamado “estudos de gênero”, mesmo que aborde pensadoras (es) desta vertente.

Para melhor atender aos objetivos deste ensaio, será nomeada “mulher” o ser humano de sexo biológico classificado como feminino no momento do seu nascimento e que possua os órgãos reprodutivos capazes de passar pela gestação e parto. Este critério não é adotado em função da defesa de qualquer ideologia, mas em razão da pesquisa contextualizar-se no universo da ginecologia e obstetrícia, que é centrado na fisiologia dos corpos designados femininos dentro da epistemologia médica hegemônica.

Para além do gênero, torna-se necessário pontuar também a análise interseccional de classe, nacionalidade e raça, devido a esta complexidade da definição de mulher. No caso da classe, a avaliação foi contemplada de forma sutil através do parâmetro de “tipo de atendimento hospitalar”, onde as mulheres entrevistadas encaixavam-se em “atendimento

público” ou “atendimento privado”. Mesmo que isto não indique necessariamente o padrão socio-econômico ao qual a mulher pertence, indica o tipo de atendimento que geralmente atribui-se às respectivas pacientes, sendo que o atendimento público atende, em sua maioria, mulheres que não tem condições de pagar um atendimento particular e o atendimento privado, em sua maioria, está a serviço de mulheres que podem pagar um serviço mais personalizado e com mais vínculo entre médico e paciente.

Há também uma componente geopolítica e cultural importante a ser considerada por serem analisados os contextos obstétricos de Brasil e Portugal. Esta escolha foi adotada na tentativa de tentar perceber as dinâmicas sociais que conectam estes dois países em decorrência das relações de colonialismo do passado e que impactam ambas as culturas até os dias de hoje. Além disso, o fato de partilharmos o mesmo idioma faz com que o conhecimento científico e os saberes orais transitem mais facilmente entre as duas culturas e sejam organicamente reproduzidos. Contudo, esta questão não foi explorada neste trabalho por consideramos que o tema extrapola o objetivo central de analisar a prática do “ponto do marido”.

Desta forma, o maior desafio da busca pela diversidade consistiu na avaliação da componente de raça, pela dificuldade em ter-se uma amostragem multi-racial expressiva. Em relação a este ponto, é possível pontuar que o ativismo relacionado à violência obstétrica é uma questão onde a agencialidade dominante é da mulher cis, branca, de classe média e urbana. No início do Capítulo III, esta questão será melhor explicitada, contudo, percebe-se que a questão racial em contexto obstétrico é campo fértil para um ensaio específico, mas que no momento não foi possível expandir para este caminho.

Assim, este ensaio sobre o “O Ponto do Marido” foi adaptado a partir da pesquisa da mesma autora em sua dissertação de mestrado em Estudos Sobre as Mulheres. O propósito desta adaptação é tornar a linguagem e o formato da publicação livres das exigências acadêmicas e, portanto, de leitura mais acessível aos interesses de mulheres diversas que virão a gestar e parir, ou já o fizeram.

Trata-se de um ensaio inédito sobre o procedimento chamado de “ponto do marido”, não tendo sido encontradas pesquisas acadêmicas ou estudos específicos a partir de uma busca nos idiomas português, inglês e espanhol.

A prática do “ponto do marido” carrega questões contraditórias e um tanto difusas

dentro da área obstétrica por ser uma prática velada, realizada e mencionada de forma não oficial por obstetras e profissionais da saúde, e relatada por mulheres que passaram pela experiência da sutura no parto vaginal hospitalar. Portanto, por não haver uma definição oficial deste procedimento, este ensaio busca esta definição através do conhecimento oral e empírico registrado nas entrevistas a pacientes e profissionais da área de obstetrícia.

Contudo, o assunto tem circulado de forma informal, através de reportagens jornalísticas, não ganhando a devida atenção por não haver oficialidade técnica que comprove a existência desta prática. Além disto, a maior parte dos profissionais de saúde negam sua existência, alegando que trata-se de uma prática antiga e fora de uso, ou ainda que trata-se de uma 'lenda' ou 'piada de mau gosto'. Diante deste cenário, a pergunta central que motivou este estudo foi:

*O “ponto do marido” é uma prática existente e ainda realizada no sistema obstétrico brasileiro?*

A partir da constatação da existência da prática durante as entrevistas, as questões secundárias se desdobram em:

- O que é este procedimento, como é feito e em quais circunstâncias é realizado?
- Quais as sequelas físicas para as mulheres?
- Quais as sequelas psicológicas para as mulheres?
- O que sustenta a manutenção desta prática?
- Como erradicar esta prática?

O trabalho foi dividido em três capítulos. O Capítulo I traz definições conceituais importantes sobre Episiotomia e Mutilação Genital Feminina para que seja possível tecer relações de aproximação e diferenciação com o “Ponto do Marido”, a fim de fundamentar os depoimentos orais em definições teóricas oficiais. O Capítulo II traz a contextualização teórica e suas implicações na vida social contemporânea, para entender de onde vem esta prática e por quê ela se mantém, mesmo não sendo oficial nem sendo recomendada. Já no Capítulo III, são apresentados e analisados os trechos relevantes das entrevistas com mulheres que sofreram sutura no parto vaginal. A seleção foi realizada em função de tópicos específicos a serem considerados na análise dos impactos na experiência da mulher em suas dimensões físicas e subjetivas, e na análise das dinâmicas sociais das relações de poder.

Para a análise de conteúdo das entrevistas, a metodologia foi fundamentada em

Bardin (1977) e teve um caráter misto, com predominância da análise qualitativa sobre a quantitativa. A problemática da “sutura desnecessária nos genitais femininos em contexto hospitalar” foi submetida a uma análise a partir de três dimensões: dimensões físicas, dimensões subjetivas e dimensões das relações de poder, que foram subdivididas em indicadores, a representarem as unidades de contexto.

Portanto, este ensaio busca tratar do problema da violência de gênero em contexto obstétrico, com foco na prática do “ponto do marido” enquanto problemática invisibilizada relacionada à mutilação genital feminina, tratando-se de uma prática sem indicação médica e que deixa sequelas físicas e emocionais permanentes.

## CAPÍTULO I

### DEFINIÇÕES CONCEITUAIS

A falta de oficialidade técnica, de responsabilização pelos órgãos médicos e a falta de estudos científicos a respeito do “ponto do marido” traz dificuldades para a sua definição conceitual e, portanto, trouxe a necessidade de buscar relações com conceitos cujos debates podem ser apropriados pela aproximação da natureza de suas práticas enquanto sutura desnecessária nos genitais femininos. De forma que é preciso vir a saber, principalmente, sobre outras duas práticas: a “episiotomia” e a “mutilação genital feminina”, para encontrar sustentação conceitual que contribua para a visibilidade e mitigação da prática do “ponto do marido”.

#### **1. O PONTO DO MARIDO**

O “ponto do marido” é uma prática velada, mencionada não oficialmente e praticada por obstetras e profissionais da saúde, bem como é relatada por mulheres que passaram pela experiência da sutura no parto vaginal hospitalar. Através dos depoimentos de mulheres de diferentes localidades, que asseguram ou desconfiam que foram submetidas a esta prática, e também do depoimento de profissionais da área de obstetrícia que praticaram ou presenciaram este procedimento, define-se a prática do “ponto do marido”, para fins deste estudo, como a realização de um ou mais pontos durante a sutura do parto vaginal, com o objetivo de deixar a entrada do canal vaginal, ou seja, o intróito mais estreito a fim de oferecer mais prazer para um suposto marido durante a relação sexual, mais especificamente durante a penetração do pênis na vagina.

Estes pontos extras são frequentemente relatados logo após a prática da “episiotomia”, contudo o(s) ponto(s) também pode(m) acontecer na ocasião da sutura de lacerações naturais, e até mesmo na ausência de lacerações ou cortes, como foi identificado em alguns depoimentos no trabalho de campo desta pesquisa.

O fato do procedimento do “ponto do marido” não ter respaldo técnico, ou seja, é um procedimento empírico, passado de geração em geração na aprendizagem médica, faz com que não haja uma definição oficial que permita identificar sua ocorrência. Além disso, muitos dos profissionais negam sua existência, o que faz destes dois fatores, juntos,

empecilhos para formalizar uma campanha de erradicação da prática.

Na ausência de definições oficiais para o “ponto do marido”, foram consultadas profissionais da área de obstetrícia para elucidarem e conceituarem o procedimento. A obstetra portuguesa L. declara não ter conhecimento sobre esta prática e que acredita ser algo antigo que não se pratica mais:

*“O ponto do marido não existe tecnicamente, por isto, não está descrito em nenhum manual. (...) Existia uma expressão quando se apertava mais a sutura da episiotomia e que se dizia que aquilo era pra ficar mais justo por causa do marido. Ou seja, uma coisa da tradição oral antiga. Não está mesmo descrito em nenhum procedimento o que se deve fazer. (...) Como não está descrito o que é pra fazer, dizer que fez o ponto do marido traz uma enorme discrepância sobre o que é que corresponde ao famoso ato que a pessoa praticou. (...) Às vezes o que acontece é que, ao longo da nossa vida, as pessoas que fazem cirurgia ou que suturam, no início dão muitos pontos porque tem sempre medo que a sutura abra. Depois a pessoa vai ganhando confiança que quanto menos pontos menor a possibilidade de existir uma zona que provoque dor. E depois pode não correr bem e a pessoa ter uma complicação e a sutura abrir e a pessoa vai fazendo um percurso de encontrar um equilíbrio do que torna os bordos direitos, aproximados e que fique bonito, sem demasiados pontos. (...) Eu acho que podem haver pessoas que não sabem suturar e suturam a mais. Eu ajudo outros cirurgiões e há pessoas que suturam mais próximo, dão mais pontos e outros que suturam mais afastados uns pontos dos outros. (...) Por aquilo que eu sempre ouvi descrever, é na própria estrutura da sutura. (...) Existe aquela zona da mucosa e depois a parte de fora que é pele. (...) Quando é cortado, (...) é possível dar mais pontos na camada muscular. Porque para encerrar no fim, só é possível mesmo suturar mucosa com mucosa e pele com pele (...) Esses pontos a mais nunca eram na superfície porque pra podermos suturar alguma coisa, ela tem de estar aberta. Nós dizemos que tem que ter bordos friáveis. Porque se suturar pele com pele que não esteja cortada, ela não fica unida. (...) A ideia que eu tenho é que o ponto não era na mucosa, não era no estreitamento do orifício vaginal mas era apertar mais da camada muscular.”*

Existe no depoimento da Dra. L. uma afirmação interessante sobre a quantidade de pontos e a proximidade entre eles que, se mal executados, é capaz de causar falta de elasticidade do períneo, dor, desconforto e a sensação de estar “mais apertada”, o que acaba sendo relacionado como sendo o “ponto do marido”. Desta forma, os relatos das mulheres que sentiram sua vulva mais apertada pode ter relações com outros fatores.

Esta impossibilidade, na maioria dos casos, de comprovar se o procedimento foi realizado ou não leva muitas mulheres a ignorar o que se passou com seu próprio corpo no que diz respeito às intervenções hospitalares durante o parto. Muitas passam pela episiotomia e sofrem muitas dificuldades na cicatrização da sutura, julgando terem sido submetidas a

“pontos a mais”, pela sensação do intróito vaginal mais estreito, ou pela dor no ato sexual, mas nem sempre é possível afirmar se houve o ponto do marido. Como “todas as vulvas, como todas as caras, são diferentes” (Vicente 2019, p. 17) é muito difícil alguém discernir se houve uma alteração na anatomia da vulva ou vagina, sem algum registro anterior que sirva de comparação. Além disso, os registros pré-natais não incluem a anatomia da vulva, de forma a não serem suficientes para assegurar uma comparação do “antes e depois”.

Da mesma forma, a banalização da sutura após o parto vaginal enquanto procedimento padrão hospitalar, seja pela episiotomia de rotina, seja pela laceração natural, faz com que as mulheres normalizem todo o sofrimento causado pela cicatrização da sutura desnecessária. Este cenário propicia a manutenção de uma crença arraigada que encontra dificuldades em ser desconstruída por evidências científicas e recomendações dos órgãos de saúde.

Em relação ao que a Dra L. relata sobre não ser possível que o ponto una bordas não friáveis, ou seja pele com pele, a enfermeira obstetra portuguesa, E. P., explica que durante o parto, o introito vaginal pode ser acometido de micro lacerações que acabam por tornar possível a cicatrização e, portanto, a união de uma parte com a outra. Ainda durante entrevista para este ensaio, E.P. definiu o “ponto do marido” enquanto demonstrou a sutura em um pedaço de frango cru. Sendo o “ponto do marido”

*“(...) o último ponto que une a parte de cima da vulva e que podem ser um, podem ser dois, podem ser três pontos. (...) é aquele ponto pra além da reconstrução da vulva, do vértice. A gente dá mais um como se a vulva ficasse mais apertada, é o tal garrote. (...) é um ponto dado de forma errada porque já não é o chamado ‘reconstrução da vulva’, é um ponto a mais.”*

Mesmo que este procedimento dos pontos a mais não seja algo rotineiro ou amplamente conhecido por todos os profissionais do ambiente obstétrico, é possível identificar através dos depoimentos das mulheres portuguesas, que o procedimento do “ponto do marido” ainda é uma prática vigente em Portugal, pelo facto de serem verbalizados por médicas(os) e enfermeiras(os). A este fato talvez possa atribuir a experiência da doutora L. em consultas pós-parto em seu consultório, conforme descreveu:

*“Uma grande parte das mulheres que tenho em consulta têm dificuldade com a penetração ou manipulação vaginal até por estar demasiado encerrada. Por isso talvez de facto seja importante trabalhar esta imagem de que quanto mais fechada possa estar a entrada da vagina, isso pode não melhorar rigorosamente nada em termos de sexualidade.”*

Já a médica obstetra brasileira Dra. E.M., revela que, apesar de não ser um procedimento técnico que consta na literatura médica, ele é ensinado durante as práticas de formação médicas.

*“A minha primeira experiência com o ponto do marido é como executora dele, uma multiplicadora. (...) Eu me formei em 2004 e (...) a episiotomia foi ensinada na minha vida acadêmica como um procedimento de rotina. Portanto, na cadeia de eventos de rotina violentos, o ponto do marido entra como mais um, em que ele era ensinado como uma espécie de restituição da anatomia. (...) O objetivo dele é aproximar estruturas forçadamente. Você busca musculaturas que se colocam lateralmente (...) no sentido de tracionar mais ainda a musculatura e fazer um garrote, como se eu amarrasse a boca de uma estrutura maior embaixo. Como se eu amarrasse a boca de um saco, sem me preocupar com o interior, porque afinal de contas se eu ‘garroteio’ a entrada, ela volta a ser fechada e mais parecida com uma vagina adolescente e não uma vagina de uma mulher que já experimentou o parto (...) é como se eu estivesse protegendo o sexo vaginal, da penetração do macho.”*

Através de depoimentos como o da Doutora E.M., do Brasil, e da enfermeira obstetra E. P., de Portugal, juntamente com os depoimentos das mulheres que ouviram dos profissionais da saúde sobre a realização do “ponto do marido” é possível comprovar que esta prática é realizada na atualidade, sendo bem provável que muitos profissionais não considerem uma violência e nem saibam operar de outra maneira, tamanho o impacto do enraizamento das práticas vigentes.

Apesar das instituições que representam as classes médicas em ambos países negarem a realização do “ponto do marido”, ele está descrito no relatório da ONU de 2019 *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*<sup>1</sup>, e é citado no item 29 com as seguintes especificações:

(..) várias mulheres descreveram ter sido vítimas de costuras apertadas após episiotomias; este procedimento, conhecido como "ponto do marido", é supostamente realizado para agradar ao marido. Esta prática é consequência de estereótipos patriarcais prejudiciais e relações desiguais entre homens e mulheres. O Relator Especial sobre a tortura do Conselho de Direitos Humanos observou que "os abusos vão desde atrasos prolongados na prestação de cuidados médicos, como a costura após o parto até a ausência de anestesia.(UN, 2019. p.11 - tradução minha)<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Tradução minha: "Abordagem baseada em direitos humanos para maus tratos e violência contra a mulher nos serviços de saúde reprodutiva com foco no parto e violência obstétrica"

<sup>2</sup> Original: "(...) several women described being victims of tight stitching after episiotomies; this procedure, known as the “husband stitch”, is supposedly carried out to please the husband. This practice is the consequence

Desde sua designação como “ponto do marido”, o procedimento já é violento para a mulher e poderia ser considerado violência obstétrica moral caso fosse apenas uma “piada” entre os profissionais. Contudo, sendo efetivamente uma prática, trata-se de uma afronta à autonomia e integridade física e psico-emocional da mulher.

Em relação ao mito de beneficiar o prazer masculino durante o ato sexual, a própria anatomia da vulva e da vagina contrariam que o apertamento do intróito seja justificado para este fim. Em seu livro “O Atlas da V”, a doutora Lisa Vicente explica que “ a vagina não é um canal inerte: tem elasticidade, distensibilidade e até contractilidade. Estas características existem pelo facto de a vagina se encontrar em estreita conexão com todas as estruturas do períneo e pavimento pélvico” (Vicente 2019, p. 54). Desta forma, a vagina tem a capacidade de se distender para o bebê passar e de se contrair para entrar em contato com corpos de diâmetros menores que penetrem em seu interior, sejam dedos, objetos ou pênis.

Portanto, sendo constatado pelas organizações internacionais, como as Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde, que não há oficialidade técnica, evidências científicas ou sequer evidências empíricas que fundamentem a prática do “ponto do marido”, sua prática deve ser considerada uma violação dos direitos humanos. Para além disto, o intuito de classificá-lo como mutilação genital feminina é o de que seja tratado com a mesma gravidade e mesma urgência pela sua erradicação.

## **2. EPISIOTOMIA**

Considerando que o “ponto do marido” não é um procedimento técnico oficial na epistemologia médica e que não há estudos científicos prévios, torna-se necessário conhecer o procedimento chamado de episiotomia, que possui definição dentro da técnica obstétrica, sendo praticado no contexto do parto vaginal com bastante frequência. Trata-se de uma prática controversa, por dividir opiniões, e que tem sido analisada e investigada através de pesquisas científicas e de relatórios institucionais.

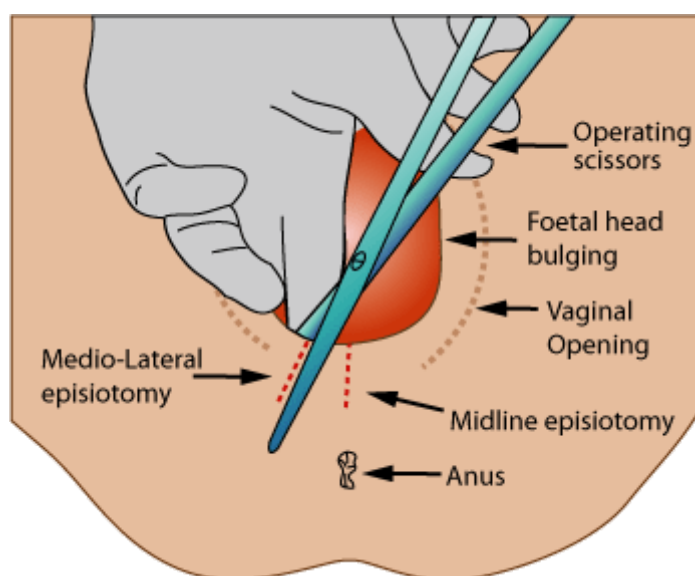
Por definição, a episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher momentos antes da expulsão do bebê, quando o (a) obstetra realiza uma episiorrafia (um corte) com bisturi ou tesoura (com ou sem anestesia) e, depois da saída do bebê, realiza

---

of harmful patriarchal stereotypes and unequal relations between men and women. The Special Rapporteur on torture of the Human Rights Council has noted that “Abuses range from extended delays in the provision of medical care, such as stitching after delivery to the absence of anaesthesia”.

uma sutura no local. Este procedimento pode configurar-se por três tipos: perineotomia, médio-lateral e lateral, sendo esta última completamente desaconselhada por causar danos importantes na musculatura da perna, assim como “as incisões midline (perineotomia) estão associadas a um maior risco da complexa lesão obstétrica do esfíncter anal (OASIS).”(WHO, 2018. p.150. Tradução minha)<sup>3</sup>, como afirma o relatório da World Health Organization de 2018 . Sendo, portanto, o corte médio-lateral o mais usado.

A imagem a seguir ilustra as localizações dos dois tipos de suturas mais realizadas:



*Figura 1: Demonstração de como é feito o corte médio-lateral da episiotomia.*

Assim como o “ponto do marido”, a episiotomia é considerada, de acordo com a OMS (2019), violência obstétrica e maus tratos pelo facto de ambas serem intervenções nos genitais femininos sem evidências científicas que comprovem sua eficácia; sendo muitas vezes realizados sem o consentimento da mulher e, em sua maioria, sem que tenham sido oferecidas informações fundamentadas em evidências científicas.

Para perceber as razões pelas quais a prática da episiotomia se mantém, é preciso conhecer sua gênese, de forma que a primeira experiência relacionada à episiotomia foi relatada no século XVIII pelo irlandês Felding Ould, e tinha o intuito de ser realizada em caso

---

<sup>3</sup> Original: “midline incisions are associated with a higher risk of complex obstetric anal sphincter injury (OASI). A continuous suturing technique is preferred to interrupted suturing.”

<sup>4</sup> Este ficheiro foi inicialmente carregado por Jeremy kemp em Wikipédia em inglês - Transferido de en.wikipedia para a wiki Commons por Jalo. Domínio público, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=3751824>.

de urgência. Desde este período, o parto passou a sofrer interferências da medicina através de intervenções mecânicas e medicalizações. Contudo, foi só no início do século XX que a episiotomia tornou-se uma prática de rotina, através dos adventos do Dr. Joseph DeLee. Este médico, que ficou conhecido como o pai da obstetrícia moderna, criou uma espécie de guião de intervenções onde era possível controlar a fisiologia do corpo da mulher e o parto acontecia de acordo com uma programação.

Ele sugeria que os especialistas sedassem com escopolamina quando o trabalho de parto começasse, permitindo que o colo do útero se dilatasse, dessem éter durante a segunda etapa, realizassem uma episiotomia e retirassem o feto com o fórceps. Eles deveriam então extrair a placenta, dar ergotamina para ajudar o útero a contrair, e suturar o corte perineal.” (Leavitt 1988, p. 1354 - tradução minha)<sup>5</sup>

Mesmo que o Dr. DeLee não tenha indicado o “guião” como um procedimento de rotina, os procedimentos passaram a ser praticados sistematicamente pelos obstetras, sem que o trabalho de parto apresentasse riscos que os justificassem, sob a alegação de minimizar o sofrimento da mulher e do bebê, diminuindo o tempo do trabalho de parto e a dor da parturiente durante o evento, de preservar a integridade do assoalho pélvico ao ser realizado um corte cirúrgico, e de evitar danos no cérebro dos bebês ao diminuir a pressão do crânio na musculatura pélvica da mãe. Apesar de nenhuma destas alegações possuir respaldo científico, a crença sustentou o ato.

Com o passar dos anos de prática e estudo, Dr. DeLee passou a assumir uma postura não intervencionista ao detectar que tais intervenções não deveriam ser adotadas em todos os partos. Porém, os médicos seguiram, em sua maioria, com as intervenções padronizadas por quererem aplicar seus conhecimentos no que consideravam mais importante: diminuir o tempo e a dor no trabalho de parto.

Este contexto histórico foi o responsável por manter a prática da episiotomia ao longo do tempo e, mesmo que os questionamentos sempre tenham existido até chegarem à constatação científica de não serem recomendados nos dias de hoje, tais constatações encontram dificuldade em serem difundidas e em mudar paradigmas já tão arraigados.

No dossiê “Parirás com Dor”, realizado pela Rede Parto do Princípio em 2012, a

---

<sup>5</sup> Original: “He suggested that specialist obstetricians sedate the parturient with scopolamine when labor started, allow the cervix to dilate, give ether during the second stage, perform an episiotomy, and lift the fetus with forceps. They should then extract the placenta, give ergot to help the uterus contract, and stitch the perineal cut”.

pedido do Senado do Brasil para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, podemos perceber que o “ponto do marido” já está constatado há mais de 10 anos no Brasil e considerado como um agravante da episiotomia.

(...) as complicações comuns da episiotomia são: dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subseqüentes, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, prolongamento da incisão e hematoma (ALPERIN et al., 2008; AMORIM; KATZ, 2008; CARROLI, MIGNINI, 2010; OYELESE, ANANTH, 2010; ROBINSON, 2012; VISWANATHAN et al., 2005). Além disso, muitas vezes é realizado o “ponto do marido”, para deixar a vagina mais apertada e preservar o prazer masculino, o que, por sua vez, pode acarretar mais dor durante a relação sexual (para a mulher) e infecção. (Parirás com Dor, 2012, p. 88)

Da mesma forma, a Organização Mundial da Saúde publicou, em 2018, “Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience”<sup>6</sup> onde declara na recomendação 39 que “O uso rotineiro ou liberal da episiotomia não é recomendado para mulheres submetidas ao parto vaginal espontâneo” (WHO, 2018, p. 150)<sup>7</sup>, com destaque para a seguinte afirmação:

O GDG (Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes) reconheceu que, atualmente, não há evidências que corroborem a necessidade de qualquer episiotomia no cuidado de rotina, e uma taxa "aceitável" de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como o sofrimento fetal que requer o parto vaginal instrumental, continua a ser estabelecido. (WHO, 2018. p.150. Tradução minha)<sup>8</sup>

Desta forma, o corpo médico e sua equipe devem avaliar se é o caso de uma situação emergencial onde a episiotomia é indicada; estando a parturiente completamente à mercê do preparo, treinamento, informação e consciência dos profissionais presentes.

Este estudo da WHO partiu da análise da experiência de parto através do depoimento de mulheres em diversos contextos e revelou outros dados importantes sobre a aceitabilidade da episiotomia. Por exemplo, a maioria das mulheres sentiam que estavam mal

---

<sup>6</sup> Tradução minha: “Recomendações de cuidado intraparto para o nascimento positivo de crianças”

<sup>7</sup> Original: “Routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth”

<sup>8</sup> Original: “The GDG acknowledged that, at the present time, there is no evidence corroborating the need for any episiotomy in routine care, and an “acceptable” rate of episiotomy is difficult to determine. The role of episiotomy in obstetric emergencies, such as fetal distress requiring instrumental vaginal birth, remains to be established.”

informadas sobre as razões para realizar uma episiotomia e raramente eram solicitadas sua permissão. Sentiram também que “suas preocupações eram ignoradas ou rejeitadas pelos funcionários”. Além disso, mesmo preferindo minimizar o nível de dor experimentado pelo corte e costura, as mulheres sentiam estar mal informadas para prepararem-se para esta dor e as sequelas, a curto e longo prazo, como: “desconforto perineal, dificuldade em realizar atividades normais do dia-a-dia, deformidades estéticas, efeito na vida sexual”. (WHO, 2018. p.153 - tradução minha)<sup>9</sup>

Por outro lado, o estudo mostra que, no caso do Brasil, há uma crença arraigada de que a episiotomia facilita um parto mais curto e com menos dor, provavelmente por resquício histórico da origem do procedimento que permaneceu como uma aceitação cultural, gerada pelos prestadores de cuidados de saúde. Da mesma forma, algumas informações - sem evidências científicas - difundidas em países da América do Sul, Oriente Médio e Sudeste Asiático, fazem com que as mulheres que vão passar pelo parto pela primeira vez, passem por uma episiotomia de rotina, por ser considerada um procedimento mais seguro, mais fácil, e mais bem aceito que uma laceração. (WHO, 2018. p.153)

De acordo com o “Inquérito Experiências de Parto em Portugal”, realizado pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, entre 2014 e 2019, a taxa de ocorrência de episiotomia corresponde a 60% dos partos em Portugal, sendo que em 29% o procedimento foi realizado sem o consentimento da parturiente e 31% com consentimento.

No Brasil, um trabalho vem sendo feito, paulatinamente, visando diminuir as intervenções desnecessárias durante o parto. Mesmo sendo um problema longe de estar resolvido, houve uma diminuição da ocorrência da episiotomia nos hospitais públicos participantes do programa “Rede Cegonha”, criado em 2011 pelo Ministério da Saúde do Brasil para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde (SUS). A taxa de realização de episiotomias que, em 2011, era de 47% passou para 27% em 2017, de acordo com a pesquisa. Esta diminuição impacta diretamente em maior bem estar e saúde para as mulheres, assim como uma grande economia para o setor, como aponta o Dossiê Parirás com Dor.

Poucas questões de saúde e de violência sexual tem a magnitude e a

---

<sup>9</sup> Original: “perineal discomfort, difficulty performing normal day-to-day activities, aesthetic deformities, effect on sex life.”

gravidade na vida das mulheres, e são tão preveníveis quanto a episiotomia. Além de seu potencial em reduzir o sofrimento das mulheres, a restrição do uso da episiotomia implicaria ainda em uma importante economia do setor saúde, preservando desse agravo milhões de mulheres por ano. (Parirás com Dor, 2012, p. 88)

De acordo com este mesmo dossiê, o risco de infecção de quem sofreu episiotomia de rotina é de 5 a 11 vezes maior do que o das mulheres que não sofreram episiotomia ou que tiveram laceração natural. (Parirás com Dor, 2012, p. 85)

Há relatos de sequelas bastante graves, conforme a fala atribuída a um diretor de hospital na cidade de Diniz (Brasil), onde é possível estabelecer a classificação de mutilação genital feminina, uma vez que deixa sequelas físicas e psico-emocionais permanentes para a mulher.

(...) temos colegas que aleijam mulheres. Chamamos algumas episiotomias de ‘hemibundectomia lateral direita’, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas. Sem falar das episiotomias que fazem a vulva e a vagina ficarem tortas, que chamam de ‘AVC vulvar’, sabe, como quando alguém tem um AVC e a boca e as feições ficam assimétricas?” (Parirás com Dor, 2012. p. 85)

Considerando que a WHO não recomenda a episiotomia, nem sequer estabelece mais uma porcentagem aceitável, a episiotomia de rotina e, portanto, o “ponto do marido” não se configuram enquanto procedimentos com justificativa médica, mas sim uma violação dos direitos humanos da mulher. Mesmo quando as sequelas não são tão evidentes por serem subjetivas, ou até mesmo a subnotificação pela falta de denúncias, os países onde a episiotomia apresenta altas porcentagem em sua ocorrência revelam que ocorre o uso rotineiro deste procedimento.

Esta lógica coloca luz em outra relação importante que pode caracterizar ambos procedimentos como mutilação genital feminina, como sintetiza a pesquisadora pesquisadora da Universidade Autónoma de Madrid, María Augusta Rodrigues Ribeiro, em seu artigo “La episiotomía como práctica cultural de género: otro caso de ‘mutilación genital femenina’”.

(...) os estudos mais rigorosos não comprovaram os supostos benefícios da episiotomia em termos de saúde materna e neonatal, por isso pode-se dizer que esse procedimento é praticado sem finalidade médica comprovada. Com base nisso, e tendo como referência a definição de MGF da OMS (2018a), considero que a episiotomia constitui uma MGF, uma vez que sua prática responde a crenças baseadas no paradigma tecnocrático, e não a um conhecimento

científico objetivo.<sup>10</sup> (Ribeiro 2020, p.85 - tradução minha)

Como agravante desta situação de extremos maus tratos, há ainda relatos onde a sutura é realizada com anestesia local ineficiente. Esses casos foram relatados entre as depoentes desta pesquisa, principalmente no sistema público de Brasil e Portugal, assim como foram identificados no relatório “Parirás com Dor”, realizado no Brasil em 2012.

Diferentemente das mulheres que são atendidas no setor privado e nas quais os procedimentos cortantes como a episiotomia serão realizados sob a ação da anestesia peridural, no caso das mulheres do SUS a episiotomia e sua sutura será feita com bloqueio local do períneo, procedimento considerado em estudos qualitativos como altamente ineficaz, resultando em dor intensa, com as mulheres chorando e gemendo "do primeiro ao último ponto". Nesses casos, as mulheres relatam que o momento mais doloroso da parto foi exatamente o da sutura da episiotomia. Muitas mulheres relatam que escolhem a cesárea para fugir de uma episiotomia, especialmente depois de uma experiência traumática e com sequelas. (Parirás com dor, 2012, p. 89)

Levando em conta todas estas estatísticas e relatos, destaca-se como o relatório da Organização das Nações Unidas, de 2019, descreve as possíveis sequelas da episiotomia rotineira:

(...) se desnecessária e/ou feito sem consentimento informado, pode ter efeitos físicos e psicológicos adversos sobre a mãe, pode levar à morte e pode equivaler à violência de gênero e tortura e tratamento desumano e degradante. (...) Episiotomias, incluindo costura após o nascimento quando praticadas sem consentimento informado e sem anestesia, podem ter repercussões significativas na vida reprodutiva e sexual e na saúde mental da mulher e as cicatrizes duradouras dessa prática acompanham uma mulher pelo resto de sua vida. Quando não justificada por necessidade médica, deve ser considerada uma violação dos direitos das mulheres e uma forma de violência de gênero contra as mulheres. (UN, 2019. p. 6 - tradução minha)<sup>11</sup>

Desta forma, a episiotomia deliberada e o “ponto do marido” são reconhecidos, por insituições internacionais, como práticas de violação dos direitos humanos, assim como a

---

<sup>10</sup> Original: “(...) los estudios más rigurosos no han probado los supuestos beneficios de la episiotomía en términos de salud materna y neonatal, por lo que se puede afirmar que este procedimiento se practica sin una finalidad médica probada. En base ello, y tomando como referencia la definición de MGF de la OMS (2018a), considero que la episiotomía constituye una MGF, pues su práctica responde a creencias sustentadas dentro del paradigma tecnocrático, y no a un conocimiento científico objetivo.”

<sup>11</sup> Original: if unnecessary and/or done without informed consent, it may have adverse physical and psychological effects on the mother, can lead to death and may amount to gender- based violence and torture and inhuman and degrading treatment. (...) Episiotomies, including stitching after birth when practiced without informed consent and without anaesthesia, may have significant repercussions on a woman’s reproductive and sexual life and mental health and the long-lasting scars from this practice accompany a woman for the rest of her life. When not justified by medical necessity, it should be considered to be a violation of women’s rights and a form of gender-based violence against women.

mutilação genital feminina.

Ribeiro reconhece a episiotomia como mais uma das formas de “intervenções rituais sobre os genitais femininos” que acontecem ao longo da história em várias culturas, desde antes do cristianismo ou Islam. (Ribeiro 2020, p.85). Esta pode ser considerada uma das respostas possíveis sobre as razões para que estas intervenções dentro do sistema obstétrico encontrem dificuldades em serem enxergadas como violência ou mesmo uma forma de mutilação genital feminina, já que as crenças e as tradições são bastante difíceis de serem desconstruídas, como será melhor detalhado no Capítulo II, através do pensamento de Boltanski.

### **3. MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA**

Quando se fala em violência obstétrica, existe uma discussão conceitual sobre considerar a episiotomia e o “ponto do marido” uma mutilação genital feminina ou não, pelo fato de que o tipo de mutilação genital feminina que recebe esta nomenclatura nos dias atuais são as práticas tradicionais em África, onde meninas e mulheres são submetidas a cortes e suturas nos genitais para que sejam preparadas para o matrimônio.

Com a inclusão deste tópico no presente ensaio, não é pretendido esgotar o tema, visto que trata-se de uma problemática bastante complexa, inclusive com nuances culturais de acordo com o país em que é praticada, mesclando aspectos sociais, religiosos e políticos, locais e globais, no caso dos povos migrantes que carregam suas práticas culturais consigo.

Mesmo a MGF sendo considerada ilegal por violar os direitos humanos das mulheres, trata-se de uma prática assumida e defendida por seus praticantes, o que a diferencia do “ponto do marido”, que é uma prática velada e não oficial. Este aspecto divergente pode afastar a possibilidade de tratá-los da mesma forma, juntamente com a diferença entre os agentes de cada prática. Enquanto em África o procedimento é feito, em sua grande maioria, por mulheres com pouco acesso à educação e informação, no sistema obstétrico é realizado por médicos e profissionais da saúde, pessoas com grande acesso à informação, estudadas e formadas por instituições de credibilidade no sistema ocidental.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cujo site foi consultado em março de 2022, define-se Mutilação Genital Feminina como

todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total da genitália feminina externa, ou outra lesão nos órgãos genitais femininos por razões não médicas. A prática é realizada principalmente por praticantes tradicionais. Em diversos cenários, há evidências que sugerem maior envolvimento dos prestadores de cuidados de saúde na realização da MGF devido à crença de que o procedimento é mais seguro quando medicado. A OMS impõe fortemente aos prestadores de cuidados de saúde a não realizarem a MGF. (website WHO, 2022)

Esta definição da MGF suscita três questionamentos pertinentes na busca de sua relação com o “ponto do marido”: 1) a medicalização do procedimento; 2) o termo “razões não médicas”; 3) a atribuição aos “praticantes tradicionais”.

1) É primordial combater a medicalização da MGF uma vez que, se houver legitimação hospitalar ou autorização para que seja realizada por profissionais da saúde, a MGF enfrentará as mesmas dificuldades que a sutura desnecessária no parto vaginal enfrenta por deslegitimar o poder médico de agir contra os direitos humanos das mulheres. Será um passo atrás na luta pela erradicação do procedimento.

2) É importante questionar o que “razões não médicas” significa. A partir do momento em que a paciente está dentro do hospital, é suposto que todos os procedimentos a que ela será submetida tenham “razões médicas”, mas não é o que acontece, já que o “ponto do marido” é praticado sem que existam evidências científicas que comprovem a indicação da sua realização. Uma vez que a própria Ordem dos Médicos considera que este procedimento não existe dentro das técnicas formais (conforme exposto no Capítulo II), podemos considerar que o “ponto do marido” não tem razões médicas e pode ser considerado uma mutilação genital feminina.

2) A respeito da atribuição aos “praticantes tradicionais”, é preciso problematizar a questão da agencialidade. Ao atribuir-se a prática da MGF às tradições africanas, afirma-se que são práticas realizadas apenas em África ou por imigrantes de África radicados em diferentes partes do mundo. Esta afirmação automaticamente afasta a hipótese de que existam outros tipos de MGF praticadas pelas culturas hegemônicas, como é o caso das suturas desnecessárias nos genitais femininos dentro do sistema hospitalar. Contudo, se olharmos para a classe médica no ocidente como “praticantes tradicionais” da medicina, ela ocupa o mesmo lugar respeitado e intocável que os “praticantes tradicionais” da cultura e religião em cada país da África onde a MGF é praticada. Ambos agentes raramente são questionados dentro de sua própria cultura.

Sobre esta questão, Ribeiro faz uma análise bastante pertinente.

Ao analisar como a colonialidade do poder/conhecimento gera representações contrastantes da MGF praticadas pela cultura ocidental e aquelas praticadas pelas culturas africanas e muçulmanas – racionalidade/barbárie, ciência/superstição – é possível apreciar a posição desse organismo em relação à episiotomia como uma resistência cultural ligada à necessidade de produzir e manter um discurso diferenciador que mantenha a hegemonia política e cultural da civilização ocidental e suas instituições em face da alteridade. (Bidaseca, 2014, 79-83). (Rodrigues Ribeiro 2020, p.82 - tradução minha.)<sup>12</sup>

Sendo assim, as conquistas da medicina são ostentadas pelo ocidente “desenvolvido”<sup>13</sup> como uma diferenciação tecnocrática que coloca tais culturas em posição hierárquica superior aos países “sub-desenvolvidos”, vistos como culturas “primitivas”. Assumir falhas em um sistema que foi criado para garantir segurança sanitária para a população, mas que acaba por conter práticas misóginas, racistas, classistas e colonialistas, exigiria um olhar crítico para estes mesmos aspectos dentro da sociedade a qual pertencemos.

Ribeiro considera que as intervenções sobre os genitais femininos, mesmo sem finalidades médicas, sempre existiram.

Na Inglaterra vitoriana, o clitóris era considerado um órgão sem sentido, fonte de desvios graves e múltiplos da saúde, cuja estimulação produziu histeria, epilepsia e, finalmente, idiotice ou morte. (...) No entanto, a OMS não atribui essas intervenções como MGF, mas apenas as praticadas na África e no Oriente Médio. (Ribeiro 2020, 82 - tradução minha)<sup>14</sup>

Estas intervenções acabam por serem hábitos que tornam-se rituais sociais e, neste caso, também médicos. Os rituais perdem um sentido lógico de existirem, mas são realizados repetidamente, configurando-se hábitos difíceis de serem questionados e

---

<sup>12</sup> Original: “Al analizar cómo la colonialidad del poder/saber genera representaciones contrapuestas de las MGF practicadas por la cultura occidental y las practicadas por las culturas africanas y musulmana – racionalidad/barbarie, ciencia/superstición – es posible apreciar la posición de este organismo en relación a la episiotomía como una resistencia cultural vinculada a la necesidad de producir y mantener un discurso diferenciador que mantenga la hegemonía política y cultural de la civilización occidental y sus instituciones frente a la otredad.

<sup>13</sup> Esta separação geopolítica entre países “desenvolvidos” e “subdesenvolvidos” ou “em desenvolvimento”, e também “primeiro mundo” ou “terceiro mundo”, configura-se como uma problemática à parte que não pretende-se abordar neste estudo. Trata-se de termos controversos, que estão sendo usados de forma bastante hermética e pragmática neste texto para remeter a nomenclaturas hegemônicas e facilitar o entendimento. Por não refletirem a opinião da autora quanto ao que significam na prática, os termos estão entre aspas.

<sup>14</sup> Original: “En la Inglaterra victoriana, el clítoris fue considerado un órgano sin sentido, fuente de severos y múltiples desviaciones de salud, cuya estimulación producía histeria, epilepsia y finalmente idiotez o muerte (1981, 11). (...) Sin embargo, la OMS no adscribe estas intervenciones como MGF, sino sólo las practicadas en África y Oriente Medio.”

desconstruídos. Desta forma, é necessário um despertar coletivo para que tal movimento se concretize, como é afirmado por Butler “quando e se a subversão ou a resistência se tornam possíveis, não é porque eu sou um sujeito soberano, mas porque uma certa convergência histórica das normas no campo da personalidade incorporada abre possibilidades de ação.” (Butler, 2009, p.12)

É também pertinente falarmos sobre consenso em ambos procedimentos. Tanto na prática da MGF pelas tradições africanas quanto na prática do “ponto do marido” pela classe médica, acontece das mulheres serem submetidas sem o seu consentimento, como também acontece das mulheres escolherem passar por isto ou darem seu consentimento por acreditarem no discurso hegemónico patriarcal de que isto lhe garantirá um aspecto físico e/ou moral mais adequado como também garantirá maior satisfação, também física e/ou moral, na sua relação com o marido, conforme será abordado no Capítulo II, no tópico sobre normatização da sexualidade e pressão estética.

Assim, existem aspectos culturais que sustentam a prática da MGF e que são comuns à prática do “ponto do marido”. Conforme apresentado no relatório final da investigação portuguesa “Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação”, realizado por Lisboa *et al.*

a MGF/C surge como uma forma de perpetuar o controlo e o poder masculino e das famílias sobre a sexualidade de cada mulher ao longo da sua vida. Associada à pureza e virgindade das mulheres, é, em algumas comunidades, um pré-requisito para casar e em que a sua prática ajuda a manter a moralidade e a fidelidade. (Lisboa *et al.*, 2015. p.27)

A valorização da virgindade leva a uma situação anti-natural da busca pela manutenção ou reconstrução de uma vulva mais estreita fundamentada em mitos que buscam garantir o prazer sexual e a moral do marido, contrariando as evidências científicas que prezam pelo bem-estar físico e psicológico das mulheres.

A MGF/C assume-se como um corte, uma mutilação, uma ação intencional, com base nos valores patriarcais cujo principal objectivo é a opressão e submissão das mulheres. O prazer sexual masculino e a honra da família são valorizados em detrimento da saúde, liberdade e autonomia sexual das mulheres. (Lisboa *et al.*, 2015. p.29)

Pode não ser óbvia a associação do “ponto do marido” como um tipo de mutilação genital feminina por diversas questões já apresentadas, como inquestionabilidade do poder

médico hospitalar ou pela banalização das sequelas geradas pelas suturas nos genitais no parto, contudo um procedimento sem benefícios comprovados cientificamente e que causa lesão corporal grave, provisória ou permanente, tendo impacto nos mesmos aspectos que a mutilação genital feminina em África, reconhecida e combatida pelas organizações internacionais.

#### **4. RELAÇÕES ENTRE OS CONCEITOS**

Levando em conta os conceitos e análises sobre as práticas da “episiotomia” e da “mutilação genital feminina” que são tecnicamente definidos e tem reconhecida sua existência, de forma oficial, é possível tecer relações para a análise da prática do “ponto do marido” que não tem uma definição técnica oficial, nem é reconhecido pelo setor médico como uma prática vigente.

A episiotomia é um procedimento tecnicamente descrito em estudos médicos, praticada no mesmo contexto hospitalar obstétrico que o “ponto do marido” e acarretam sequelas parecidas. Apesar do contexto patriarcal, da vigência do poder médico e da violência de gênero que desconsidera e desrespeita a subjetividade e autonomia da mulher, as motivações divergem entre os dois procedimentos. Enquanto a motivação da episiotomia é controlar a fisiologia do parto em nome de uma otimização do tempo e do espaço no hospital, a motivação do “ponto do marido” é controlar a sexualidade do corpo feminino em nome da preservação e garantia do prazer masculino.

Em 2018 a OMS considerou que após episiotomia, frequentemente, é realizado o “ponto do marido”, sendo possível afirmar a não recomendação do “ponto do marido” pelos mesmos argumentos que fundamentam a não recomendação da episiotomia.

Já a relação com a Mutilação Genital Feminina torna-se pertinente por tratar-se de um procedimento oficialmente combatido enquanto crime nefasto de violação dos direitos humanos das mulheres.

O debate sobre a aproximação da episiotomia com a MGF acaba por cruzar com o debate sobre a classificação de “razões não-médicas”, ou seja, passa pela discussão acerca da recomendação ou não da episotomia, já que muitos médicos (as) ainda defendem que o procedimento é necessário no parto vaginal. Mas, ao contrário da episitomia, o “ponto do

marido” não tem indicação médica, sendo, portanto, completamente cabível classificá-lo como uma forma de mutilação genital feminina dentro do sistema obstétrico.

Ainda assim, existe bastante resistência em classificar qualquer intervenção nos genitais femininos como mutilação em contexto hospitalar pela resistência do “ocidente” “desenvolvido” em aceitar qualquer aproximação com a “barbárie” e o “primitivismo” com que classificam o “sul global” “subdesenvolvido”, onde o continente africano se localiza. Há também o empecilho das crenças tecnocratas que defendem a medicina ocidental como soberana e inquestionável.

Outras aproximações entre o “ponto do marido” e a MGF são suas naturezas empíricas, ritualísticas e tradicionais. Enquanto na MGF trata-se de um saber tradicional transmitido por gerações entre familiares e comunidades religiosas, o “ponto do marido” é uma tradição do saber médico transmitido por gerações entre profissionais da saúde. Enquanto uma crença é fundamentada na religião, a outra é fundamentada na tecnocracia, ignorando as consequências para a saúde física e psicológica das mulheres que são submetidas a estes procedimentos. Ambos os procedimentos encontram dificuldades em serem erradicados em função dos aspectos complexos e diversos das sociedades em que estão inseridos e também das especificidades patriarcais que os envolvem.

Sendo assim, o objetivo de expor os pontos convergentes entre estas práticas pode trazer uma outra perspectiva para a problemática da sutura desnecessária nos genitais femininos em contexto hospitalar obstétrico, fazendo surgir diretrizes que efetivem a sua erradicação.

## CAPÍTULO II

### CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo amplia a visão e o entendimento para o (a)(e) leitor (a)(e) a respeito da problemática do “ponto do marido”, trazendo contextos que fundamentam não só a causa da reprodução desta prática violenta, mas tantos outros aspectos, sutis ou mais evidentes, que condicionam a experiência da mulher pelo fato de ser mulher.

Considerando o contexto social geral patriarcal que cruza-se com o contexto específico institucional tecnocrata hospitalar, o “sujeito parturiente” acaba sendo duplamente subalternizado nas relações de poder estabelecidas pela intersecção da sua identidade de mulher e sua condição de paciente. Em decorrência disto, a agencialidade da parturiente sofre limitações consideráveis em sua autonomia e que, por vezes, não tem percepção da própria condição subalternizada, reproduzindo e compactuando com tal subalternização.

#### **1. O PATRIARCALISMO**

A grande maioria das questões que atravessam as mulheres, diz respeito ao patriarcalismo, ou seja, a construção social hegemônica fundamentada no patriarcado, que subalterniza mulheres em relação a homens. Em “A Criação do Patriarcado”, Gerda Lerner busca explicar como originou-se esta concepção de que os homens são superiores às mulheres.

O patriarcado é uma criação histórica formada por homens e mulheres em um processo que levou quase 2.500 anos até ser concluído. A princípio, o patriarcado apareceu como Estado arcaico. A unidade básica de sua organização foi a família patriarcal, que expressava e criava de modo incessante suas regras e valores. (Lerner 2019, p.289)

Isto fez com que os homens se posicionassem no centro da visão de mundo através dos registros que atravessam os tempos. E, ao considerarem esta versão parcial da história como única e verdadeira, esta estrutura de dominação assume múltiplas camadas, operando de forma pragmática, simbólica, enviezada, etc.

De acordo com as pesquisas de Lerner, antes mesmo da invenção do que conhecemos e chamamos de “civilização ocidental”, as funções sexuais e reprodutivas da mulher já tinham sido apropriadas pelo grupo dominante, os homens, de forma que utilizavam

as mulheres como moeda de troca, a fim de pacificar conflitos com outros grupos ou aumentar a capacidade reprodutiva do próprio grupo. As mulheres eram consideradas propriedade, assim como a terra ou os animais, fazendo parte dos bens na primeira forma de acúmulo de propriedade privada.

Esta ideia de que a mulher pertence ao homem faz eco até os dias de hoje em diversos aspectos. Na questão do “ponto do marido”, evidencia a gênese da ideia de que o corpo da mulher está a serviço do homem. Por outro lado, as próprias mulheres reproduzem este pensamento por um medo ancestral de serem substituída, uma vez que, de acordo com a pesquisa de Lerner, a mulher sempre esteve submetida a um determinado grau de escravidão.

Esta foi sempre expressa em graus de falta de liberdade, em um espectro que variava da mulher escrava, cujas funções sexuais e reprodutivas foram comercializadas, assim como ela mesma, até a escrava concubina, cujo desempenho sexual poderia elevar seu próprio status ou o de seus filhos; depois para a esposa “livre”, cujos serviços sexuais e reprodutivos oferecidos a um homem das classes elevadas lhe dava direito a propriedades e direitos legais. Enquanto cada um desses grupos tinha obrigações e privilégios consideravelmente distintos em relação a propriedades, leis e recursos econômicos, compartilhavam a falta de liberdade de serem sexual e reprodutivamente controlados por homens. (Lerner 2019, p. 293)

Desta forma, mesmo no contexto contemporâneo quando as mulheres conseguem ter mais autonomia em relação aos homens, ainda existe uma dependência, senão financeira, uma dependência moral. As mulheres casadas ainda são mais valorizadas e respeitadas nos dias de hoje, ocupando um lugar onde seja possível desempenhar o papel a qual é expectável que executem, seja satisfazendo a sexualidade masculina, seja para cuidar da prole do homem. Faz parte da manutenção desta posição social de esposa zelar por suas capacidades sexuais, caso contrário, corre-se o risco de perder seu status, descer no conceito de classes de mulheres, ser substituída e perder os privilégios.

Na lógica do “ponto do marido”, há uma crença de que, se a vagina for “alargada” com a passagem do bebê, corre-se o risco do homem não obter o mesmo prazer sexual anterior, oferecido por uma vagina virginal ou mais estreita e poderá o homem abandonar o casamento, substituindo a esposa por outra mulher em melhores condições sexuais.

Essa concepção mecânica e passiva da vagina é transposta para o parto, dificultando a compreensão, mesmo pelos médicos, de que esse órgão se distende para o parto e depois volta ao tamanho normal. Mais

uma vez, não se trata do que é "cientificamente correto", mas de sua representação. (Parirás com dor, 2012. p. 88)

Para o sistema patriarcal, não é interessante que a representação feminina seja transformada em direção à maior equidade entre os gêneros, garantindo maior autonomia e igualdade de oportunidades. Portanto, vulvas não desejáveis e descartáveis tornam as próprias mulheres mães, mais sábias e experientes que antes, igualmente não desejáveis e descartáveis.

É possível observar que, mesmo sendo o “ponto do marido”, a episotomia e a MGF práticas sem justificativa, que violam os direitos humanos, são encontradas inúmeras dificuldades em sua erradicação por representarem um passo a mais para a libertação da mulher desta subalternização milenar. Bourdieu (1955) corrobora com esta ideia ao dizer que “a dominação masculina está suficientemente assegurada para precisar de justificação: ela pode se contentar em ser e em se dizer nas práticas e discursos que enunciam o ser como se fosse uma evidência, concorrendo assim para fazê-lo ser de acordo com o dizer”. ( p. 137)

A dificuldade em desconstruir o patriarcalismo pode ser demonstrada pela capacidade de manutenção da estrutura patriarcal no contexto familiar. Ao longo de diferentes períodos e locais, seja no formato de poligamia, como em algumas sociedades orientais, seja no formato de monogamia, que rege o ocidente desde a antiguidade clássica, as relações de poder econômico e sexual se mantêm sempre, em algum nível, nas mãos dos homens.

Em alguns casos, as relações entre os sexos são mais igualitárias, enquanto as relações econômicas permanecem patriarcais; em outros casos, inverte-se o padrão. Entretanto, em todos os casos, tais mudanças dentro da família não alteram a dominação masculina básica no domínio público, nas instituições e no governo. (Lerner 2019, p.296)

É sabido que as relações de poder assimétricas na sociedade patriarcal geram uma vasta gama de violências de gênero. No interior das famílias, esta é a causa da violência doméstica. Já a violência obstétrica é uma violência gerada por duas causas que interseccionam-se: a violência de gênero e a violência institucional hospitalar que controla e disciplina os corpos pela relação assimétrica de poder entre médico(a) e paciente, como será aprofundado no próximo tópico.

Ainda relacionado à dominação patriarcal, Silvia Federici em “O Calibã e a Bruxa” analisa a caça às bruxas enquanto ferramenta de domesticação das mulheres pelos homens, ao longo dos séculos XVI e XVII: “(...) foi estabelecido que as mulheres eram

inerentemente inferiores aos homens - excessivamente emocionais e luxuriosas, incapazes de se governar - e tinham que ser colocadas sob o controle masculino.” (Federici 2017, p.201)

Não é coincidência que a desvalorização e degradação social da mulher tenha coincidido com o momento histórico das expansões marítimas e das colonizações que estabeleceram o “sistema mundo”<sup>15</sup> atual, chamado de modernidade, já que o sistema de dominação entre colonizadores e colonizados foi reproduzido no interior das relações familiares e na redefinição dos papéis sociais das mulheres, conforme analisa Federici.

a demonização dos povos indígenas americanos serviu para justificar sua escravização e o saque de seus recursos. Na Europa, o ataque contra as mulheres justificou a apropriação de seu trabalho pelos homens e a criminalização de seu controle sobre a reprodução. (...) (Federici, 2017. p. 203)

Neste sentido, a caça às bruxas foi o momento histórico onde as práticas inerentes ao universo feminino e qualquer sistema de conhecimento que conferia poder às mulheres na Europa pré-capitalista foi “demonizado”, incluindo os saberes empíricos relativos à gestação e ao parto.

Além dos hospitais, a estrutura patriarcal opera em outras instituições que impactam diretamente no cenário de violência obstétrica, como o patriarcalismo nas universidades e no judiciário. Contudo, esta pesquisa não pretende ser exaustiva na ampliação deste tema, atendo-se ao sistema hospitalar que é a estrutura onde a sutura desnecessária nos genitais femininos é, de fato, realizada.

## **2. O SISTEMA HOSPITALAR**

Além da estrutura patriarcalista, a mulher no contexto obstétrico está submetida à estrutura institucional hospitalar intervencionista, onde o controle do indivíduo recebe validação pelo Estado soberano.

Desta forma, a gênese da violência obstétrica pode ser encontrada no próprio processo de criação do hospital, na forma como a medicina moderna foi constituída e que,

---

<sup>15</sup> teoria criada por Immanuel Wallerstein, sociólogo estadunidense, que analisa a estrutura mundial dividida nas categorias de periferia, semi-periferia e centro, levando em consideração a perspectiva econômica.

apesar de já ter sofrido transformações de várias ordens, inclusive éticas, ainda carrega resquícios de práticas realizadas na época de sua criação.

Mesmo considerando a existência das particularidades culturais dos processos de criação das instituições hospitalares de outras partes do mundo, os estudos e as reflexões de Michel Foucault, encontradas em “A Microfísica do Poder”, foram utilizados para integrar esta pesquisa devido ao fato de sua análise ter a Europa como campo de estudos. Sendo o mundo euro centrado, tornando os estudos de Foucault um parâmetro hegemônico no ocidente, o Brasil está diretamente influenciado devido às relações de colonialismo com Portugal e, até os dias de hoje, de colonialidade com o norte global.

Antes do século XVIII, o hospital era um local onde as pessoas doentes eram colocadas para isolarem-se da sociedade urbana. Estas pessoas eram essencialmente pessoas pobres, que não tinham condições de pagarem pelos serviços médicos domiciliares. O hospital era um lugar administrado por instituições religiosas, considerado “morredouro, um lugar onde morrer (...) lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc.” (Foucault 1989, pag.59)

A partir desta época, viu-se a necessidade de tornar o hospital um local especializado na cura eficiente das doenças. Foi então que o médico passou a figurar nos programas chamados de “políticas médicas de Estado” como peça central e normalizada.

Foucault afirma que “a medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico.” (p.49). Enquanto o paciente considerado normal é aquele que não apresenta doenças, o médico é aquele que diagnostica e padroniza as doenças, sendo o responsável por validar o quê e quem está normal ou não, sendo também o responsável por fazer a devida “correção” da patologia. Desta forma, o conceito de saúde e doença está intimamente ligado à normalização do poder médico enquanto “diagnóstico” e cura, identificador do problema e solucionador deste problema. Com o passar do tempo, o médico passa a atuar também junto à administração do hospital, tomando o controle tanto das práticas terapêuticas quanto da gestão financeira.

Como consequência da busca por otimização dos resultados, as instituições hospitalares assumem um caráter disciplinário, inspirado pelo sistema militar, pela rígida estrutura dos mosteiros da época e também pelo sistema escravocrata praticados nas colônias.

Sobre a disciplina, Foucault considera que “é antes de tudo, a análise do espaço. E a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” (Foucault 1989, p.61). Esta lógica possibilitou avanços como a descoberta de que a existência de enfermos no andar abaixo das gestantes causava mais mortalidade. Contudo, é assumida uma rigidez nas normas do espaço que encontrava sua manutenção através da disciplina, como no ritual executado pelo médico e sua equipe, que é reproduzido até os dias de hoje.

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder do médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc. (Foucault 1989, p. 65)

Desta forma, a origem do hospital, como conhecemos nos dias de hoje, se deu por dois processos: a disciplinarização do espaço e a inserção da figura do médico, que assume tanto o controle das intervenções junto ao doente, quanto a gestão da instituição.

No capítulo “A Casa dos Loucos”, Foucault analisa a situação dos hospitais psiquiátricos e analisa um fato bastante discutido pela antipsiquiatria, que diz respeito às mulheres e ao fenômeno da “histeria” forjado por Charcot. De forma bastante resumida, Charcot induzia as mulheres a produzirem os sintomas aos quais ele atribuía à “doença” chamada de histeria, ou seja “Charcot produzia efetivamente a crise de histeria que descrevia. Tem-se aí mais ou menos o equivalente à descoberta feita por Pasteur de que o médico transmitia as doenças que devia curar.”(Foucault 1989, p.71)

Este acontecimento na história da medicina é um, entre tantos, que evidencia a subalternização da mulher enquanto experimento e também a necessidade de questionamento do poder médico.

(...) os grandes abalos que sacudiram a psiquiatria desde o fim do século XIX, essencialmente colocaram em questão o poder do médico. (...) Cooper disse: “a violência está no cerne do nosso problema”. E Basaglia: “a característica destas instituições (escola, usina, hospital) é uma separação decidida entre aqueles que têm o poder e aqueles que não têm.” (Foucault 1989, p. 71)

As desigualdades nas relações de poder são o foco central da situação da mulher dentro da instituição hospitalar. Mesmo que haja um questionamento destas relações de poder, é possível notar quase uma imutabilidade no que diz respeito à representação destes agentes, desde os tempos da psiquiatria de Charcot, até os dias de hoje no sistema obstétrico. De um lado, temos a mulher/parturiente “histórica” que “exagera” ou “inventa” suas queixas, que é “descontrolada” e “escandalosa”. Do outro, temos a figura do médico “incontestável”, “competente”, “sábio” e “soberano em suas decisões”. Esta representação é incessantemente reproduzida, demonstrando o quanto é difícil desconstruir ideias arraigadas no imaginário da representação da social.

Já o sistema obstétrico originou-se quando as intervenções médicas alcançaram o âmbito do parto e teve início pela incorporação das medicalizações, o advento do fórceps e o desenvolvimento técnico da cirurgia cesariana. Em seu artigo acerca do trabalho do Dr. DeLee, o pai da obstetrícia moderna, Leavitt relata um dos argumentos recorrentes do médico:

Ele se preocupava que talvez o parto fosse necessariamente perigoso para a vida e saúde materna em sua frequente citação comparando a reprodução do ser humano à do salmão: ‘Tão frequentes são esses efeitos ruins’, escreveu ele, ‘que eu muitas vezes me pergunto se a Natureza não pretende deliberadamente que as mulheres devam ser usadas no processo de reprodução, de uma maneira análoga ao de salmão, que morre depois da desova?’ (Leavitt 1988. p. 1354 - tradução minha)

O médico DeLee, que via o parto como algo patológico e perigoso, acreditava que a parturiente deveria recorrer a intervenções médicas que controlassem o parto, uma vez que o processo de parto natural era considerado um risco para a vida e saúde da parturiente e do bebê. Isto fez com que os partos migrassem do domicílio para o hospital, mas foi necessário um processo de convencimento para que as mulheres passassem a parir nos hospitais. E os argumentos levavam em conta, além da promessa de diminuição da dor e da duração do trabalho de parto, a diminuição da mortalidade da mãe e do bebê, que estava mais relacionada à assepsia do ambiente do que às intervenções realizadas.

As perguntas que não foram feitas antes mas têm sido feitas na atualidade são: é benéfico diminuir a dor e a duração do parto através de intervenções de rotina? Levando em conta que a realidade hospitalar é intervencionista e violenta, o parto hospitalar seria mesmo a opção mais segura para gestações de baixo risco?

A cultura tecnocrata enxerga o parto livre de intervenções como algo primitivo e desnecessário, porque além de existir uma indústria que lucra com isto, mantém-se em ação o biopoder, o controle dos corpos femininos. Sem que sejam difundidas e consideradas as consequências fisiológicas e psicológicas que estas intervenções trazem para o bem-estar da mulher e do bebê, a própria mulher desinformada é incapaz de escolher submeter-se às intervenções quando está inserida neste contexto hegemônico de fobia da dor, levada a acreditar que partos longos são, via de regra, perigosos.

Sobre esta questão, Ribeiro considera que “No caso muito particular do parto, a hegemonia do discurso biomédico e do paradigma tecnocrático tem submetido às gestantes a um regime disciplinar intensivo sob a permanente ameaça de risco obstétrico. (2020, p. 79 - tradução minha)<sup>16</sup>

Desta forma, é importante refletirmos sobre o ciclo vicioso que esta situação acarreta para compreendermos outra faceta do problema. O sistema médico trabalha apenas com as possibilidades de risco e reproduz as intervenções indistintamente, levando a mulher a crer que seja arriscado experimentar o parto sem intervenções. Isto causa uma dependência da instituição hospitalar por parte da paciente, como se o processo fisiológico natural fosse muito arriscado e ineficaz e a instituição hospitalar fosse uma espécie de salvadora. Enquanto sabemos que, muitas vezes, acontece dos riscos surgirem justamente por causa das intervenções desnecessárias realizadas indiscriminadamente nos hospitais.

Depois da episiotomia, a cabeça do bebê vai para fora. A mulher, exausta, cortada e angustiada – emoção exacerbada pela intensificação do momento – experimenta física e emocionalmente sua vital dependência em relação à instituição hospitalar (CCM, 2001; Davis-Floyd, 1994, 332-335). Alienada, aceita e justifica a cascata de intervenções, na qual a episiotomia é uma das mais engenhosas, a serem realizadas na iminência do nascimento e sob a ameaça de morte neonatal (Davis-Floyd, 1994, 335-336). Assim, o roubo do parto é concluído: o nascimento é desconstruído por meio de procedimentos rituais hospitalares, e revertido e reconstruído como um processo tecnocrático. (Ribeiro 2020, p.84 - tradução minha)<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Original: En el caso particularísimo del parto, la hegemonía del discurso biomédico y el paradigma tecnocrático ha sometido a las mujeres gestantes a un intensivo régimen disciplinario bajo la amenaza permanente del riesgo obstétrico.

<sup>17</sup> Original: Tras la episiotomía, la cabeza de la criatura sale al exterior. La mujer, agotada, cortada y angustiada – emoción exacerbada por la intensificación escénica del momento – experimenta física y emocionalmente su dependencia vital para con la institución hospitalaria (CCM, 2001; Davis-Floyd, 1994, 332-335). Alienada, acepta y justifica la cascata de intervenciones, en la que la episiotomía es una de las más efectistas, por realizarse en la inminencia del nacimiento y bajo la amenaza de muerte neonatal (Davis-Floyd, 1994, 335-336).

Este trecho se refere diretamente à episiotomia, mas é cabível a todos os procedimentos violentos que são difundidos como “salvadores” no contexto obstétrico. Assim, o parto hospitalar tecnocrata, limitado e violento, é narrado entre as mulheres, de geração em geração, como se fosse assim a natureza do parto e só cabe às mulheres aceitá-lo desta forma.

Arguedas define o poder obstétrico como uma "forma de poder disciplinar enquadrado no âmbito da capacidade reprodutiva das mulheres (...) [isso] é exercido em um território específico de gênero: os corpos que podem engravidar e dar à luz. A microfísica do poder presente neste exercício produz corpos dóceis e sexuados; são os órgãos que, na estrutura social do patriarcado, requerem uma disciplina particular para canalizar a economia da reprodução, para a qual esse poder obstétrico tem certas tecnologias disciplinares" (2014, 156). (Ribeiro 2020, p. 79 - tradução minha)<sup>18</sup>

Contudo, Foucault (1989) pontua que o ser humano, em geral, não tem consciência da própria condição: “(...) o que me incomoda nestas análises que privilegiam a ideologia é que sempre se supõe um sujeito humano, cujo modelo foi fornecido pela filosofia clássica, que seria dotado de uma consciência de que o poder viria se apoderar.” (p.84). O que acontece, no entanto, é que o sujeito está imerso nessa realidade que considera inquestionável e o poder atua diretamente sobre seu corpo, sem que ele tenha oportunidade de criar alguma consciência a respeito. O resultado é a disciplinarização por via de violências, sutis ou não, e a manutenção e/ou recriação do modus operandi do lucro.

O relatório da OMS sobre cuidados intraparto, de 2018, reconhece a lucratividade das suturas em “o uso rotineiro ou liberal da episiotomia pode estar ligado à super medicalização com base na garantia de lucros financeiros para os profissionais” (WHO, 2018, p.150 - tradução minha).

Da mesma forma, o dossiê “Parirás com Dor” analisa a lucratividade que envolve a realização de procedimentos de rotina.

---

Se completa así el robo del parto: el nacimiento es deconstruido a través de los procedimientos rituales hospitalarios, e invertido y reconstruido como un proceso tecnocrático.

<sup>18</sup> Original: Arguedas define poder obstétrico como una «forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres (...) [que] se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias»

Um estudo mostrou que o uso rotineiro e desnecessário da episiotomia na América Latina desperdiça anualmente cerca de US\$ 134 milhões só com o procedimento, sem contar nenhuma de suas frequentes complicações.

(...)

Não raro os casos de aleijões genitais resultantes da episiotomia (informal e jocosamente classificados pelos profissionais como "hemibundectomia lateral direita" ou como "AVC de vulva") vão depois compor a demanda de outro profissional, o cirurgião plástico especializado em corrigir genitais deformados por episiotomias - isso para as mulheres que têm recursos para pagar os procedimentos corretivos. (Parirás com dor, 2012. p. 89)

A relação entre parturiente e o poder médico coloca a mulher em uma posição de vulnerabilidade, pelo fato de existir um pacto social que normaliza a inquestionabilidade da instituição hospitalar, a fiscalização falha do setor de saúde e a falta de tipificação da violência obstétrica como crime. Todo este cenário gera relações abusivas de poder, mas é preciso enxergar além.

Pois se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalcamento, à maneira de um grande super-ego, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos a nível do desejo - como se começa a conhecer - e também a nível do saber. O poder, longe de impedir o saber, o produz. (Foucault 1989, p.84)

Ao manipular o saber a seu favor, o poder opera para que a mulher atue dentro da mesma engrenagem que ele; ou seja, ao difundir crenças e valores morais disfarçados de saberes e evidências científicas, o poder consegue o consentimento da mulher em ações que a violentam, subalternizam e controlam. É preciso considerar os aspectos complexos que fazem com que a parturiente autorize a violência sobre si mesma, bem como os fatores que levam as próprias mulheres a reproduzirem estas violências com outras mulheres.

À partir da afirmação de Preciado onde “o sujeito é, ao mesmo tempo, produtor e intérprete de signos, sempre envolvido em um processo corporal de significação, representação e autorrepresentação” (p. 83 - tradução minha)<sup>19</sup> é possível vislumbrar a complexidade dos parâmetros de análise diante das múltiplas relações experimentadas pelas mulheres, em suas dimensões interpessoais e intrapessoais, corpóreas e psico-emocionais, sócio-políticas e simbólicas, entre outras.

---

<sup>19</sup> Original: “El sujeto es al mismo tiempo un productor y un intérprete de signos, siempre implicado en un proceso corporal de significación, representación y autorepresentación” (Preciado, p. 83)

### 3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A NORMOSE

O contexto ao qual a sutura desnecessária no parto vaginal está mais diretamente ligada é o problema da violência obstétrica.

Apesar do termo violência obstétrica não existir oficialmente dentro das designações jurídicas ou médicas, trata-se de um termo largamente utilizado para denunciar e discutir as ocorrências onde haja “abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde.”, conforme a declaração da Organização Mundial de Saúde, de 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”.

De acordo com esta declaração:

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos. (OMS, 2014)

Mesmo que a mulher declare não sentir-se vítima de tal violência, ou que não perceba que sofreu atos violentos, os procedimentos realizados de forma compulsória e que não possuem fundamentação científica comprovada para a saúde e bem-estar da mulher e/ou do bebê são considerados uma violação dos direitos humanos e, portanto, estariam dentro do espectro da violência obstétrica.

Trata-se de uma violência institucional, na medida em que há diversos níveis estruturais que envolvem a hegemonia de uma sociedade patriarcal e de um sistema hospitalar intervencionista que opera em regime de soberania. A este respeito, é preciso considerar que a medicina fundamentada em evidências científicas merece reconhecimento e validação, e que dizer que o sistema seja intervencionista não é generalizá-lo como violento. Contudo, o médico que opera como representante de um sistema soberano acaba por agir com soberania,

principalmente quando há pouca regulação e fiscalização, visto que a Ordem dos Médicos, tanto no Brasil quanto em Portugal, não admite a violência no sistema e nem sequer valida o uso do termo violência obstétrica.

No site da Ordem dos Médicos de Portugal é possível encontrar a seguinte nota, pesquisada em 05 de julho de 2021, onde destaca-se:

3 – O “ponto do marido”, não existe na nomenclatura obstétrica. Qualquer intervenção desnecessária é má prática médica, seja um ponto, uma incisão, uma sutura ou qualquer outra intervenção.

4 – A direção do Colégio não tem conhecimento de nenhuma queixa que lhe tenha chegado em que tenha sido dada como provada a prática da manobra de Kristeller, tal como é atualmente descrita, ou da realização de episiotomia de rotina, ou de qualquer outra intervenção desnecessária, por especialistas de Ginecologia e Obstetrícia.<sup>20</sup>

Devido às comoções no setor civil e midiático, a pauta seguiu em debate na instituição e, em 26 de julho de 2021, a Ordem dos Médicos de Portugal emitiu uma nota discorrendo sobre o termo violência obstétrica:

o consenso dentro da nossa Especialidade vai no sentido de em vez do termo “violência” se adoptar o termo “mau trato” ou “maus tratos” (do anglo-saxónico “mistreating”). O termo “violência” está conotado com agressão física ou psicológica, na forma de abandono, tortura, espancamento, mutilação ou mesmo homicídio, infelizmente uma trágica realidade em muitas partes do mundo; ajusta-se mais aos países em que não se respeitam os direitos humanos, aos quais se tem especialmente dirigido a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). O termo “mau trato” ou “maus tratos” é mais abrangente e mais adaptável à realidade de países como Portugal; inclui situações de abuso físico ou verbal, falha de prestação de cuidados adequados, negligência, discriminação e/ou recusa de aceitação da autonomia da mulher, depois de devidamente esclarecida sobre os benefícios, os malefícios e a justiça distributiva/social das suas decisões. Vale a pena sublinhar que tanto é uma forma de mau trato realizar uma intervenção desnecessária como não a realizar, privando a grávida dos cuidados adequados.

Façamos então uma reflexão acerca dos trechos mais pertinentes. A discussão sobre qual seria o termo mais adequado, se “violência”, “maus tratos” ou “mistreating” - termos que designam fundamentalmente a mesma ação - provoca um desvio de atenção e de

---

<sup>20</sup> Fonte consultada em fevereiro de 2022:

<https://ordemdosmedicos.pt/nota-sobre-a-resolucao-da-assembleia-da-republica-n-o-181-2021-sobre-violencia-obstetrica/>

responsabilização da questão central, que é a responsabilização por tais atos e as possíveis medidas a serem tomadas para mitigar o problema.

Outra questão a ser destacada vem do trecho que valida o termo violência apenas “aos países em que não se respeitam os direitos humanos”. Aqui temos uma afirmação (que remete ao que será aprofundado no item sobre Mutilação Genital Feminina) onde os países hegemonicamente chamados de “desenvolvidos” tentam distanciar-se das realidades dos países ditos “subdesenvolvidos”, ao negar as problemáticas internas que admitem qualquer aproximação com as realidades não desejáveis e não esperadas nestes países. Como se existisse uma ligação direta entre pobreza e barbárie, riqueza e civilidade. Como se houvesse a impossibilidade de países do norte global, europeus e “de primeiro mundo”, grupo ao qual Portugal está inserido ou é considerado, praticarem tais violências.

Quanto ao trecho onde lê-se “aos quais se tem especialmente dirigido a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)”, encontramos aqui uma transferência de responsabilidade, ou seja, se as organizações internacionais não consideram que exista aqui um problema é porque ele não existe. Desta forma, é preciso provocar uma mudança de olhar a nível internacional, para que estas instituições ofereçam um respaldo positivo de forma a contribuir com a erradicação das problemáticas em questão, a começar por caracterizá-las pelo que são e não por onde estão localizadas.

O mesmo parecer da Ordem dos Médicos de Portugal, republicado no site da instituição no dia 26 de julho de 2021, trata especificamente do “ponto do marido” e acaba por evidenciar este paradigma ao negar que aconteçam tais práticas e afirmar que não há queixas.

O Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia subscreve as recomendações médicas nacionais e internacionais de que as correcções de lacerações vulvo-vaginais ou perineais, incluindo as episiotomias, devem ser realizadas de forma a reconstituir a anatomia e fisiologia normal da mulher. Se existirem anomalias congénitas ou adquiridas, vulvo-vaginais ou perineais, sintomáticas, associadas às lacerações, elas deverão ser oportunamente corrigidas, segundo os mesmos princípios. Em qualquer dos casos deverá ser dado sempre o consentimento informado pela mulher. Qualquer outra prática, corre o risco de violação das boas práticas e de sanção disciplinar, seja ela denominada “ponto do marido” ou tenha ela qualquer outra designação. Nos quase três anos de mandato da actual direcção do Colégio, não registámos nenhuma queixa no Colégio da Especialidade

relacionada com qualquer intervenção relacionada com a correção de lacerações vaginais ou perineais, incluindo as episiotomias.<sup>21</sup>

No capítulo III deste ensaio, é possível constatar que todas as declarações da Ordem dos Médicos de Portugal citadas acima não correspondem à realidade encontrada. O que acontece em relação à falta de denúncias é a subnotificação, devido ao constrangimento das mulheres por denunciarem ou mesmo ao fato de nem saberem que foram vítimas de violência.

Já no Brasil, em 3 de maio de 2019, o próprio Ministério da Saúde do Governo Bolsonaro fez uso de sua soberania para emitir um despacho<sup>22</sup>, concluindo pela “improbidade da expressão violência obstétrica no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde como os de outras áreas, não tem a intencionalidade de causar danos”.

Este despacho causou uma série de reações a começar pelo Ministério Público que, emitiu outro despacho no dia 7 de maio de 2019<sup>23</sup>, apresentando o resultado de um Inquérito Civil com 1.952 páginas e 40 anexos, comprovando a existência de violência obstétrica em diversos hospitais do Brasil.

O desfecho da situação se deu no dia 7 de junho de 2019, quando o Ministério da Saúde emitiu um despacho que, embora não mencione o termo “violência obstétrica” em todo o documento, afirma que "o MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema".

Para que seja identificada a dificuldade do enfrentamento à violência obstétrica, serão entrecruzados o conceito da “normose”, forjado por Crema, Yves-Leloup e Weil, desenvolvido no livro homônimo, e o artigo “Sociologia da Crítica, Instituições e o Novo Modo de Dominação Gestonária” de Luc Boltanski. O conceito de normal e a dificuldade da autonomia crítica são impedimentos para que sejam percebidas as dificuldades em se detectar

---

<sup>21</sup> Fonte: <https://ordemdosmedicos.pt/parecer-sobre-o-ponto-do-marido/>

<sup>22</sup> Referente ao processo número 2500.063808/2019-47. Fonte consultada em maio de 2022:

[https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=9087621&codigo\\_crc=1A6F34C4&hash\\_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0)

<sup>23</sup> Fonte consultada em abril de 2022:

[http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao\\_ms\\_violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf)

a violência obstétrica como um hábito nocivo.

A “normose” é caracterizada por uma prática destrutiva, para o indivíduo ou para o coletivo, e que se perpetua enraizada no senso comum como parte dos hábitos considerados normais. É importante destacar que não se trata do conceito de hegemonia, pois esta última não configura-se necessariamente como algo nocivo, diferenciando-se de “normose” como vê-se a seguir:

Características de um comportamento normótico:

- 1 - é um hábito de pensar, sentir e agir;
- 2 - é aceito como normal por consenso social;
- 3 - tem natureza patogênica ou letal;
- 4 - e gênese pessoal ou coletiva, mediante um processo introjetivo.

A normose é, portanto, uma normalidade doentia. Distingue-se da normalidade saudável, como levantar-se cedo e caminhar todos os dias, por exemplo, que constitui um consenso, e da normalidade neutra como, por exemplo, almoçar ao meio-dia. (Crema *et al.* 2003. p. 22)

A própria nomenclatura que designa o “parto normal” como sendo o parto que, diferentemente do parto natural, há medicalização como ocitocina, epidural e antibióticos profiláticos; e procedimentos de intervenção, como a episiotomia de rotina que é incluída como um procedimento do parto “normal”, mesmo não havendo indicação da OMS para a sua realização.

A ginecologista obstetra portuguesa Lisa Vicente, autora de “Atlas da V” fala sobre “normalidade” no contexto obstétrico:

Na saúde, em particular, o conceito de normativo e do normalizado está associado à “ausência de doença”, “à dimensão correcta”, ao “percentil certo”. Por isso, a questão “será que isso é normal?” ganha muitas vezes o contorno de incerteza sobre se “está tudo bem”, remetendo-se para a ideia de bem estar físico e de saúde.

“Normal” também é quando se espera que tudo “aconteça sempre da mesma maneira” para todos e todas - aqui falo da função, seja ela qual for, associada à vulva e à vagina. E quando esta expectativa não se concretiza, lá volta a terrível dúvida da “normalidade”. (Vicente 2019, p. 17)

Em 1947 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o termo saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Assim, qualquer ação que comprometa o estado mental ou físico da mulher, estará

comprometendo sua saúde. Ora, se o hospital é o lugar instituído como provedor de saúde, seria um fracasso absoluto admitir que existem práticas vigentes que comprometem este ideal.

Desta forma, a violência obstétrica segue sendo reproduzida com dificuldades em ser problematizada de forma eficaz para sua eliminação. Existe resistência para que seja identificada como violência por serem regidas por duas estruturas normalizadas: o patriarcalismo, que mantém dinâmicas sociais que subalternizam mulheres em relação aos homens, e a hospitalização do parto, que condiciona este evento fisiológico a medicalizações e intervenções compulsórias.

São práticas consideradas pertencentes à “ordem natural das coisas”, como Bourdieu atribuiu à expressão “como se diz algumas vezes para falar daquilo que é normal, natural, a ponto de ser inevitável, é porque ela está presente, em estado objetivado, no mundo social e também, em estado incorporado, nos habitus (...)” (Bourdieu 1995, p. 137).

Como uma tentativa de facilitar a identificação da normose hospitalar, é proposto que se realize um exercício simples de comparação dos agentes. No que diz respeito ao procedimento de intervenção nos genitais femininos para que a mulher se mantenha virginal para o marido, quando realizado pelos povos tradicionais em África, é chamado de Mutilação Genital Feminina e é considerado uma violação dos direitos humanos; quando realizado no contexto hospitalar é chamado de “ponto do marido” e é considerado por muitos como um procedimento “normal”. Guardadas as devidas proporções das sequelas e as particularidades culturais de cada contexto, ambos os procedimentos não possuem fundamentação científica que apoie seu benefício, causam lesões corporais, provisórias ou permanentes, e ainda prejudicam a vida sexual da mulher para benefício do marido.

Já para que seja detectada a normose do patriarcado, façamos outro exercício de substituição dos agentes. Ao constatar-se que nenhum procedimento médico altera os genitais masculinos com a exclusiva finalidade de dar prazer à esposa, podemos identificar a normalização deste comportamento machista que revela a normose do patriarcado.

À negação de qualquer ideia que perturbe o status quo dos poderes vigentes, soma-se a tendência do ser humano de buscar pertencimento e inserção, de preferência em um grupo majoritário que lhe ofereça a falsa sensação de segurança. A consequência é a manutenção das narrativas que formam a lógica cultural de certo contexto, sejam benéficas ou nocivas, afinal, perturbar pilares fundamentais traz crescimento, mas antes causa instabilidade

e vulnerabilidade, como é dito por Crema, et al.

De um modo geral, os seres humanos, por preguiça e comodismo, seguem o exemplo da maioria. Pertencer à minoria é tornar-se vulnerável, expor-se à crítica. (...) Neste sentido, toda normose é uma forma de alienação. Facilita a instalação de regimes totalitários e dos sistemas de dominação. (Crema *et al.* 2003, p.24)

Corroborando com este pensamento sobre a “crítica”, Boltanski aponta em seu artigo “Sociologia da Crítica, Instituições e o Novo Modo de Dominação Gestonária” uma reflexão sobre a busca humana pela manutenção dos pilares culturais aos quais foram construídas a noção de realidade.

A realidade é entendida no sentido da realidade socialmente construída por uma rede de formatos, de provas, regras, rotinas, formas simbólicas e objetos. Mas essa realidade, que é o resultado de uma seleção e uma representação, não inclui o mundo, isto é, “tudo o que acontece”.

(...) A ideia principal é que o trabalho de manutenção da realidade é desempenhado pelas instituições. O foco é colocado (como explicado por Searle, 1998) sobre as funções semânticas das instituições. Elas defendem e reforçam a relação estabelecida entre “formas simbólicas” e “estados das coisas”. Elas confirmam que o que é, realmente é, e, assim, garantem a confirmação *da realidade da realidade*. É o motivo pelo qual as instituições são descritas, neste contexto, como *instâncias de confirmação*. Ao contrário, essa relação entre formas simbólicas e estado das coisas é desestabilizada e questionada pela crítica, pelo menos quando a mesma toma formas radicais. (Boltanski 2013, p. 444)

O autor detecta que, na atualidade, a crítica tem tido menos poder e impacto na realidade e atribui às “mudanças que ocorreram nos dispositivos de governança (...) que permitem aos responsáveis conter a crítica e manter inalteradas as principais assimetrias sociais existentes, ou mesmo ampliá-las”. (Boltanski 2013, p. 442)

Esta dificuldade da crítica em transformar realidades estabelecidas, a que Boltanski refere em seu artigo, podem ser transpostas para o contexto desta pesquisa como a dificuldade das evidências científicas impactarem a violência obstétrica, uma vez que estas dinâmicas são sustentadas pelo cruzamento entre o patriarcalismo, o intervencionismo médico e outros desdobramentos destas duas grandes “normoses”.

#### 4. A NORMATIZAÇÃO DA SEXUALIDADE E A PRESSÃO ESTÉTICA

É importante perceber que a expressão “ponto do marido” considera a parturiente uma mulher heterossexual que é casada, traçando uma norma para a sexualidade da mulher que gesta e dá a luz. Mesmo quando a mulher dá à luz a um bebê, o corpo feminino é antes de tudo um domínio do homem, sendo que a função primordial da vagina é satisfazer o prazer masculino. E, conseqüentemente, o prazer do homem também é normatizado nesta condição de “consumidor” da vulva virginal que, em sua representação idealizada, deve ter diâmetro menor que o do pênis.

É constatado que algumas mulheres recorrem à cirurgia cesariana para pouparem seus genitais da saída do bebê ou para não viverem o problema da sutura no parto vaginal. Portanto, para desmistificar o assunto é importante ressaltar que, com o passar do tempo, a vagina se altera independente da via de parto (vaginal ou cesariana), até mesmo no caso de mulheres que não gestaram ou pariram.

A vulva, a vagina e até o orifício uretral dependem dos estrogénios circulantes para manterem as suas características: volume, hidratação (umidade da mucosa), espessura do epitélio (o revestimento de pele e mucosa) e vascularização. No pós-parto e durante a amamentação, o meio hormonal caracteriza-se por uma diminuição de estrogénios (hipoestrogenismo). (Vicente 2019, p. 118)

Mesmo considerando apenas o sexo hetero com penetração, ao qual o ponto do marido supõe beneficiar, a superfície de contacto do pênis dentro do canal vaginal vai bastante além do introito. Portanto, fazer da entrada do canal vaginal mais estreita não representa nenhuma garantia de aumento do prazer, nem da mulher nem do homem, pelo contrário, o que ficou evidente neste estudo através dos depoimentos das mulheres é um aumento do desconforto ou dor durante a penetração.

O relatório “Parirás com Dor”, traz análises sobre a fisiologia do corpo feminino no pós-parto e as conseqüências da sutura desnecessária no parto vaginal.

No Brasil, a episiotomia e seu "ponto do marido", assim como a cesárea e sua "prevenção do parto", funcionam, no imaginário de profissionais, parturientes e seus parceiros, como promotores de uma vagina "corrigida". Se as mulheres acham que vão ficar com problemas sexuais e vagina flácida após um parto vaginal, e que a episiotomia é a solução, elas tendem a querer uma episiotomia.

(...)

Um dos argumentos a favor da episiotomia mais enfatizado no Brasil é o de que o parto vaginal deixaria a musculatura vaginal flácida, desqualificando a mulher sexualmente. A evidência científica é clara de que a episiotomia piora o estado genital ao invés de protegê-lo, e que o único fator que propicia um tônus vaginal adequado é a prática de exercícios vaginais - orientação virtualmente ausente da assistência pré-natal ou ginecológica em geral no Brasil. (Parirás com dor, 2012, p. 88 e p. 90)

Esta discrepância entre o conhecimento científico e a prática médica se deve fortemente à forma com que a sexualidade da mulher é representada e posicionada no espectro patriarcal, sendo considerada válida apenas uma vulva que corresponda às qualidades relacionadas à juventude como “virginal”, “pequena”, “tonificada”, “úmida” que está a serviço do prazer masculino. Esta visão hegemônica acaba por afetar a auto-imagem e autopercepção da mulher, fazendo com que as mulheres reproduzam e busquem este ideal, consentindo com as práticas que sustentam sua própria subjugação. Daí a importância de representações que se aproximam da realidade e que sejam fundamentadas cientificamente.

“(…) a importância das representações, e até das imposições sociais, podem interferir no modo de pensar e viver a vulva e a vagina. As imagens e as expectativas que temos de um órgão e sua função, quando positivas, podem intensificar a maneira como vivemos o nosso corpo. Por outro lado, quando as representações que temos são negativas ou irrealistas, interferem (dificultam) no modo como olhamos pra ele. Como nos sentimos nele.” (Vicente 2019, p. 121)

No artigo “Does Pregnancy Play a Role? Association of Body Dissatisfaction, Body Appearance Cognitive Distraction, and Sexual Distress”, Patrícia Pascoal, Pedro Rosa e Soraia Coelho afirmam que a imagem corporal é uma construção multidimensional e que o prazer sexual está diretamente ligado à satisfação com o próprio corpo. (Pascoal et al. 2019. p. 2). Considerando que a gestante passa por mudanças físicas, hormonais e psicológicas que afetam seu corpo, sua auto-imagem e a sua sexualidade, a gestante encontra-se completamente suscetível a validar os argumentos proferidos pelos profissionais de obstetrícia de que sua vulva precisa ser recuperada. Assim, a mulher aceita ser submetida a qualquer procedimento que acredita ser necessário para ter um corpo validado socialmente. Já no puerpério, a insatisfação física que possivelmente já existia na gravidez, tende a se agravar com o resultado estético da sutura.

Se uma vulva desejável é representada por um aspecto virginal, este será o ideal que as mulheres irão buscar para si mesmas, autorizando práticas violentas e infundadas sobre seus corpos. E, para além dos argumentos sexuais e estéticos, há também argumentos que se

assumem médicos, mas que não possuem fundamentação científica, como afirma Ribeiro.

Assim, na prática clínica, o "períneo pouco elástico ou muito resistente, muito musculoso, muito curto (...), magro e de musculatura atrofica ou vagina pouco elástica" – na opinião do pessoal da saúde – ou a primiparidade, continuam a ser indícios de episiotomia em muitos ambientes de saúde, (...) entre os séculos XIX e XX no Ocidente, permanecendo a morbidade e mortalidade do bebê como o risco supremo que continua a sustentar a episiotomia. (Ribeiro 2020, p.83 - tradução minha)<sup>24</sup>

Existem diversos fatores culturais que sustentam o pensamento dos benefícios de ter-se uma vagina “mais apertada”, o que causa uma busca incessante de um aspecto “jovem e virginal”, como se isso garantisse melhor satisfação sexual para o parceiro e a consequente manutenção do casamento. Soma-se a isto a pressão estética, que acomete as mulheres de forma mais intensa que aos homens, que inclui também a estética íntima, ou seja, a idealização da aparência dos órgãos genitais para atender padrões de beleza.

Por mais que haja reações de insubordinação ao poder patriarcal sobre os corpos femininos, as relações de poder se reinventam ao longo do tempo e garantem sua manutenção assumindo novas formas de controle. Por exemplo, ao criar padrões que incitam o desejo de ser aceita, de agradar ao senso comum, de pertencer e ser incluída no grupo que corresponde à representação expectável do “ser mulher”, é possível criar uma atitude ativa da mulher no sentido de sua própria subjugação.

Neste sentido, Foucault exemplifica a reinvenção do biopoder diante de possíveis reações contrárias.

“Como é que o poder responde? Através da exploração econômica. (...) Como resposta à revolta do corpo, encontramos um novo investimento que não tem mais a forma de controle-repressão, mas de um controle - estimulação: “Fique nu... mas seja magro, bonito, bronzeado!” (Foucault 1989, p.83)

O surgimento dos procedimentos de estética íntima criaram um mercado lucrativo e cheio de inovações que são objeto de desejo de muitas mulheres e acabam por impactar o universo obstétrico.

---

<sup>24</sup> Original: Así, en la práctica clínica, el «periné poco elástico o muy resistente, muy musculoso, muy corto (...), delgado y de musculatura atrofica o vagina poco elástica» – a juicio del personal de salud – o la primiparidad, siguen siendo indicaciones de episiotomía en muchos entornos asistenciales, (...) entre los s. XIX y XX en Occidente, permaneciendo la morbimortalidad de la criatura como el riesgo supremo que sigue sosteniendo la episiotomía.”

*"Eu falei com uma amiga (...) 'eu acho que ele fez o ponto do marido em mim' e a primeira pergunta dela foi: 'mas você não quis?'. Essa é uma coisa que eu tô tentando resolver na minha cabeça porque eu acho que tem mulher que pede também." S. (São Paulo/BR - 2016)*

Algumas mulheres acreditam que o “ponto do marido” tem o mesmo benefício que uma perineoplastia ou vaginoplastia, que consiste em uma cirurgia plástica ou funcional que recupera a anatomia da vagina em casos específicos em que haja necessidade de corrigir incontinência urinária ou outras questões. Ou seja, existe a falsa percepção de que, com a realização do “ponto do marido” se está “ganhando” uma cirurgia plástica que supostamente beneficia os genitais aspectos estéticos, sensoriais e funcionais.

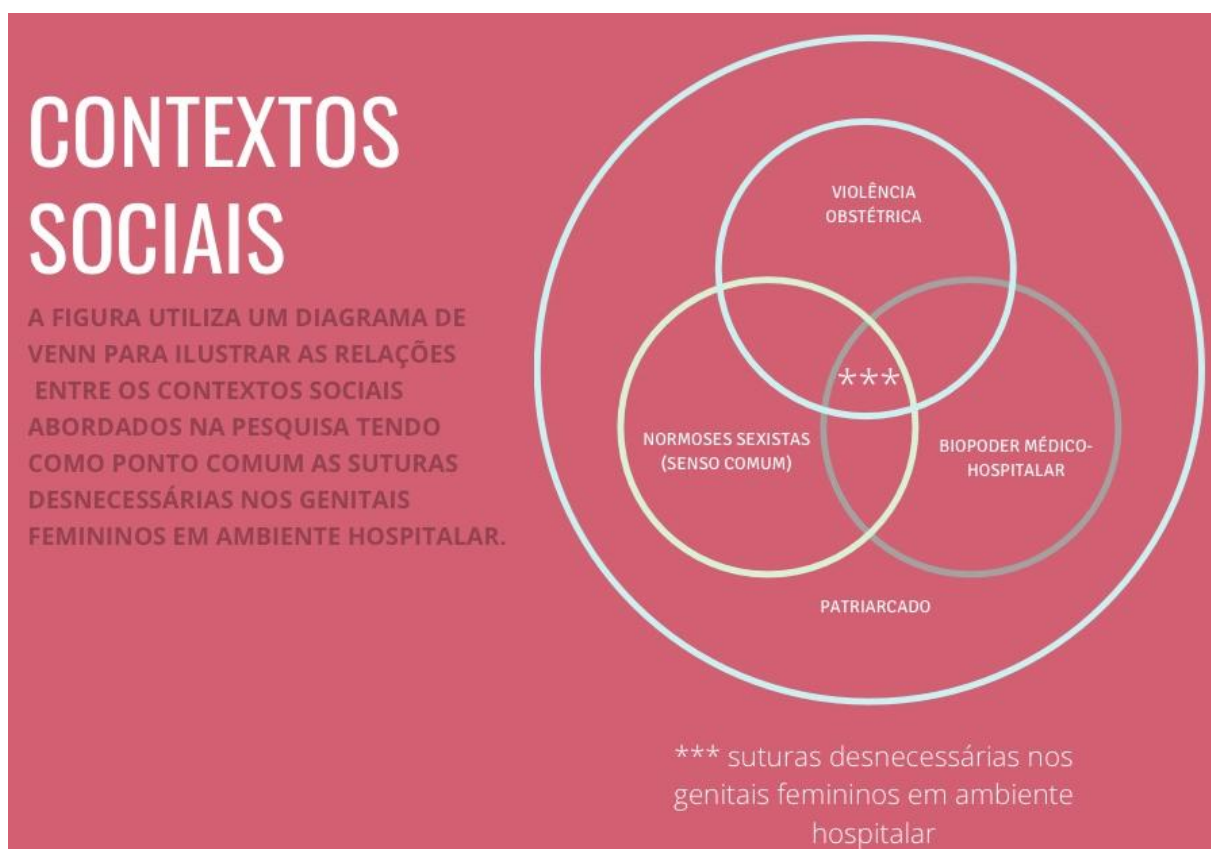
Durante o trabalho de campo não foi encontrado nenhum relato de mulheres que tenham pedido para que o “ponto do marido” fosse feito, nem um especialista que tenha presenciado este pedido. Apesar de não ser possível discorrer sobre este aspecto através da análise empírica, é possível refletir como o poder se metamorfoseia para controlar os corpos, pois “na realidade, a impressão de que o poder vacila é falsa, porque ele pode recuar, se deslocar, investir em outros lugares... e a batalha continua.” (Foucault 1989, p. 82)

Trata-se de uma moeda de dois lados. Enquanto as mulheres têm a sensação de retomada de sua autonomia sexual através de procedimentos que visam melhorar suas relações com o outro e com seu próprio corpo, o poder hegemônico cria maneiras de lucrar com esta subjugação a novas ferramentas. E esta persuasão capitalista opera poderosamente a nível simbólico e representativo, como observa Bourdieu.

A visão dominante da divisão sexual exprime-se nos discursos tais como os ditados, os provérbios, os enigmas, os cantos, os poemas ou nas representações gráficas tais como as decorações murais, os motivos das cerâmicas ou dos tecidos. Mas ela se exprime igualmente bem nos objetos técnicos ou nas práticas: (...) quase sempre ao mesmo tempo técnicas e rituais, e muito especialmente nas técnicas do corpo, posturas, maneiras, porte. (Bourdieu 1995, p. 137)

Desta forma, o sistema obstétrico se utiliza também da pressão estética para estabelecer seus rituais de controle dos corpos, muitas vezes a favor do lucro, e sempre pela manutenção do patriarcado.

## 5. RELAÇÕES ENTRE OS CONTEXTOS



*Figura 2 : Relações entre os contextos sociais que envolvem as suturas desnecessárias nos genitais femininos em ambiente hospitalar.*

A partir da exposição anterior acerca dos contextos sociais patriarcalistas que apoiam a prática da sutura desnecessária nos genitais femininos em ambiente hospitalar é possível visualizar as relações que os interligam, como ilustrado acima.

O Patriarcado é o contexto social hegemônico vigente sobre os outros sub-contextos, de forma que a violência obstétrica, o bio-poder médico hospitalar e as normoses sexistas acabam por configurar-se como manifestações patriarcalistas.

Para interpretar o diagrama de Venn que relaciona os contextos, foram exemplificadas situações que ilustram cada intersecção.

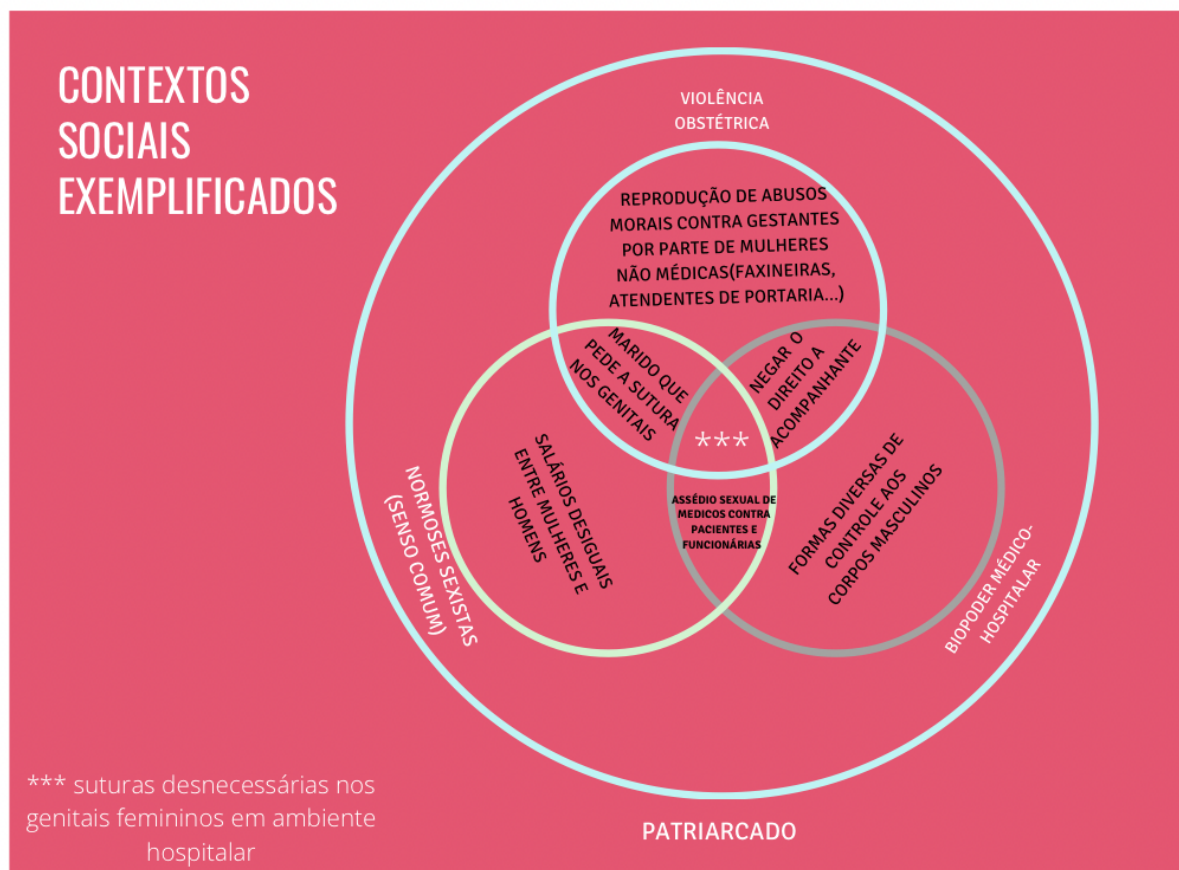


Figura 3 : Contextos sociais exemplificados.

As suturas desnecessárias nos genitais femininos em ambiente hospitalar são classificadas como violência de gênero e estão localizadas no cruzamento destes três contextos, porque:

- o poder médico, inquestionável e soberano, controla e subjuga corpos femininos em detrimento das evidências científicas que contrariam a prática da sutura rotineira dos genitais femininos em ambiente hospitalar, sem regulação e fiscalização efetiva;
- o senso comum sexista que naturaliza e banaliza a violência sofrida pelas mulheres em contexto obstétrico, dificultando o questionamento e a eliminação da prática da sutura desnecessária nos genitais femininos no contexto do parto;
- e a violência obstétrica que ainda encontra dificuldades em ser aceita como uma realidade a ser combatida, sendo que a sutura nos genitais representa apenas um dentre tantos procedimentos que violam os direitos humanos das mulheres.

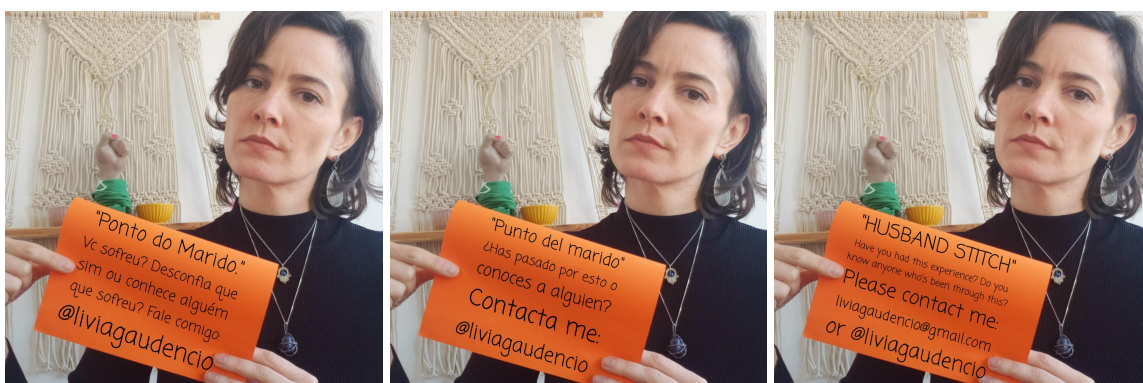
### CAPÍTULO III

#### ANÁLISE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

##### **1. METODOLOGIA E CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE**

O trabalho de campo foi realizado entre janeiro e março de 2022, e consistiu em entrevistas com 13 mulheres, cujos partos ocorreram entre 2005 e 2021. Foram analisados 14 relatos de experiências de partos hospitalares onde houve sutura no parto vaginal, porque uma das depoentes passou pelo parto em Brasil e em Portugal. Desta forma, foram 13 mulheres e 14 relatos, sendo 9 ocorridos no Brasil e 5 em Portugal.

A busca pelas entrevistadas partiu de uma postagem nas redes sociais. Tratando-se de uma foto da pesquisadora segurando um cartaz “Ponto do marido”. Você sofreu? Desconfia que sim ou conhece alguém que sofreu? Fale comigo. @liviagaudencio”. As legendas foram escritas em português, inglês e espanhol, seguida das hashtags pertinentes, conforme abaixo.



*Figura 4: Foto divulgada nas redes sociais como instrumento para convocar as entrevistadas.*

[AJUDA! LEIA ABAIXO] [ENGLISH BELOW] [ESPAÑOL ABAJO]



*Minha pesquisa de mestrado é sobre o chamado "Ponto do Marido". Apesar de não ser uma prática assumida formalmente, as mulheres seguem relatando que obstetras estreitaram seu canal vaginal com um ponto a mais após o parto.*

*Estou recolhendo depoimentos sobre esta experiência e preciso de mais relatos, principalmente fora do Brasil. Por isto, fiz o post também em inglês e espanhol, que são as línguas que consigo me comunicar com fluência com xs entrevistadxs.*

*Se você passou por isto, testemunhou esta prática como profissional ou conhece alguém que viveu esta situação, pode me chamar inbox, por favor?*

*Se puder também compartilhar em grupos de mães e, principalmente, para mulheres que vivem fora do Brasil, eu serei eternamente grata.*

*#pontodomarido #husbandstitch #daddystitch #puntodelmarido #violenciaobstetrica #episiotomia #episiotomy #episio #obstetricviolence #mgf #mutilacaogenitalfeminina #fgm #femalegenitalmutilation*

As estratégias usadas foram escolhidas em função das ferramentas de marketing digital a fim de atrair maior visibilidade para a postagem, como o uso da foto pessoal em detrimento de uma imagem sem identificação, ou do uso das *hashtags* para provocar mais direcionamento de usuários para a postagem, que acabou por ser compartilhada por mulheres diversas e coletivos relacionados ao tema, em Brasil e Portugal.

Em seguida, foi feita uma busca nas redes sociais pelas *hashtags*: #pontodomarido #puntodelmarido #husbandstitch #daddystitch. Ao encontrar postagens relacionadas com o tema, foi efetuada uma busca nos comentários para identificar mulheres que se pronunciaram como vítimas do procedimento. Por último, entrou-se em contato por mensagem direta com estas mulheres explicando sobre a pesquisa e convidando-as para que dessem o seu depoimento.

Não houve critérios de exclusão para a seleção das depoentes, na medida em que todas as mulheres que atenderam ao chamado da postagem e que dispuseram-se a contar sua história de sutura no parto vaginal foram ouvidas e incluídas na análise empírica.

O passo posterior foi a criação de um guião de perguntas para a entrevista (conforme Anexo I) sendo este o primeiro instrumento para a análise de conteúdo. Em seguida, o uso do vídeo como instrumento de registro, sendo que a maioria das entrevistas foram realizadas online e apenas uma foi presencial. As entrevistas tiveram duração entre 20 minutos e 90 minutos, variando o tempo de acordo com a disposição da mulher em falar e entrar nos pormenores.

Foram usadas algumas estratégias a fim de criar-se certa intimidade que possibilitasse que as entrevistadas pudessem sentir-se à vontade para falarem com o máximo detalhamento sobre suas experiências. A conversa sempre iniciava com a apresentação e motivação pessoal da pesquisadora e, ao longo da entrevista, a pesquisadora deu também seus relatos pessoais sobre sua experiência com violência obstétrica a fim de otimizar os vínculos

ideológicos e emocionais de forma efetiva.

As perguntas do guião eram consultadas somente depois que as mulheres contavam sua história, para que o depoimento corresse com fluidez emocional e fosse contado da forma que fizesse mais sentido para ela. A única 'instrução', no princípio, era que a mulher tivesse autonomia para escolher o que estava confortável ou não para partilhar.

Algumas escolhas na recolha dos depoimentos foram propositalmente recorrentes, como o fato de sempre iniciar a escuta com: "Estou aqui para te ouvir." Esta escolha de linguagem e comunicação foi criada para deixar bastante evidente que, se em algum momento esta mulher não foi ouvida em suas angústias e violações, agora ela estava sendo.

Uma escolha estética proposital foi o fato de entrevistada e pesquisadora estarem sempre no mesmo nível de evidência no ecrã, ocupando espaços do mesmo tamanho e estando lado a lado, durante as gravações da entrevista. A intenção era equilibrar o foco de atenção no ecrã e, na medida do possível, minimizar as desigualdades nas relações de poder entre entrevistada e entrevistadora. Foi pretendido também transmitir a quem pudesse assistir à entrevista que, assim como é importante que sejam contadas estas histórias por parte das mulheres que as vivenciaram, é importante que haja interlocução respeitosa, para que os depoimentos tenham alcance e sejam ouvidos com atenção e empatia.

Foram escolhas bastante sutis, mas consideradas apropriadas para estreitar a relação entre entrevistada e pesquisadora de forma a impactar a confiança das entrevistadas e, por consequência, causar profundidade e detalhamento no material recolhido durante as entrevistas. O resultado deste esforço foi que as mulheres ficaram, em sua totalidade, à vontade para contarem suas experiências. Muitas relataram estarem fazendo isto pela primeira vez do início ao fim, ou mesmo com aquele nível de detalhamento e reflexão.

Ao longo da entrevista, a pesquisadora também partilhou informações que fazem parte do conteúdo teórico desta pesquisa, a fim de fazer daquele encontro uma troca de informações para ambas as partes e, novamente, tentar equilibrar as relações de poder. Por exemplo, muitas tinham dúvidas sobre o que é a episiotomia ou quando é indicada ou não de acordo com as recomendações da OMS, assim como outros procedimentos aos quais foram submetidas.

A metodologia utilizada foi a mesma para ambos os contextos de Brasil e Portugal, onde todas as entrevistas foram analisadas com recurso à Análise de Conteúdo,

seguindo as denominações de Bardin (1977).

Provocada pela afirmação de Bardin (1977) sobre certas metodologias que se aproximam da “atitude de voyeur de que o analista não ousa confessar-se” (p.9), a pesquisadora optou pelo descompromisso com o distanciamento emocional enquanto entrevistadora. Devido à tamanha delicadeza deste tema, houve uma escolha consciente de abrir um espaço de troca e não somente de análise distanciada.

Assim, houve uma opção ideológica e filosófica consciente por abordar o assunto de forma empática e humanizada, sem forçar qualquer emoção, mas sem contê-las, acreditando que esta escolha tenha contribuído para que os detalhes mais íntimos e delicados fossem expostos e explorados de forma mais abrangente pelas depoentes. Estas escolhas foram inspiradas na reunião de conceitos descrita por Creswell abaixo.

Na verdade, as estratégias de investigação escolhidas em um projeto qualitativo têm uma enorme influência sobre os procedimentos que, mesmo nas estratégias, são nada uniformes. A observação do panorama dos procedimentos qualitativos mostra diversas perspectivas que variam desde o pensamento de justiça social (Denzin e Lincoln, 2005) até perspectivas ideológicas (Lather, 1991), posturas filosóficas (Schwandt, 2000) e diretrizes procedurais sistemáticas (Creswell, 2007; Corbin e Strauss, 2007). (Creswell 2010, p.206)

Depois que as mulheres contavam suas experiências de parto, da forma como sentiam-se mais à vontade, a pesquisadora ia trazendo as perguntas do guião de forma espontânea, à medida em que se relacionavam aos fatos relatados. Quando esgotavam as questões relacionadas à história, a pesquisadora trazia outras questões de memória, ou buscava o restante das questões no guião.

Consideramos que a metodologia para a busca de depoimentos via internet tenha sido bastante democrática em sua amostragem, apesar do alcance da postagem ter brechas de ser questionado devido ao sistema de algoritmos da inteligência artificial. Contudo, foi a ferramenta mais rápida e eficaz para alcançar mulheres de sítios diversos e de diferentes classes sociais em um curto prazo.

Já no que diz respeito à análise da componente racial é possível constatar que a amostra foi, em sua totalidade, de mulheres brancas, não sendo possível aprofundar a análise no aspecto multi-racial, sendo que este fato, por si só, já representa um dado importante a ser considerado, mas que poderia ser um desdobramento da pesquisa em outra oportunidade.

Sobre a questão do protagonismo branco na luta contra a violência obstétrica, Ribeiro considera:

Após duzentos anos de marginalização das parteiras – suspeitas habituais na caça às bruxas praticada entre os séculos XVI e XVII – a colonização do útero começa dessa forma (Ehrenreich, 1993, 575-577), mas não em todos os úteros, mas nos úteros – e nos períneos – das mulheres nobres e burguesas. A política sexual não é unitária, diz Foucault. Inicialmente: "Mais do que uma repressão do sexo das classes exploráveis, era sobre o corpo, o vigor, a longevidade, a descendência e a prole das classes dominantes" (Foucault 1998, 149). (Ribeiro 2020, 82 - tradução minha)<sup>25</sup>

Sendo assim, é possível compreender que a luta contra a violência obstétrica é predominantemente da mulher branca, urbana e de classe média, afinal as mulheres do campo ou as mulheres de classe baixa seguem dando à luz fora dos centros de saúde urbanos, com parcial ou total desconhecimento sobre o contexto da violência obstétrica e suas complexidades.

Contudo, Judith Butler faz uma consideração, sobre as violências contra os diferentes corpos, da qual podemos refletir sobre a racialidade neste contexto.

"Basta considerar como os insultos raciais ou de gênero vivem e prosperam dentro da carne de seus destinatários e como esses insultos se acumulam ao longo do tempo, dissimulando sua história, assumindo a aparência do natural, configurando e restringindo a doxa que conta como realidade." (Butler 1998, p.121)

Dito isto, é possível compreender que as mulheres racialmente mais subalternizadas, como negras, pardas, indígenas e ciganas, são submetidas a tantas outras camadas de violências misóginas e racistas, que acabam por vivenciarem a violência obstétrica como mais uma dentre tantas, colocando menos foco nesta pauta enquanto reivindicação ou militância. A própria invisibilidade da mulher negra e a falta de escuta das suas problemáticas podem ser um fator de desencorajamento para que façam queixas ou manifestem suas experiências ruins no parto, quando há tantas outras lutas permanentes para se empreender.

É importante também ressaltar a dificuldade de se conseguir mulheres dispostas a falar sobre suas experiências, especialmente em Portugal, como uma componente da cultura

---

<sup>25</sup> Original: Tras doscientos años de marginación a las parteras – sospechosas habituales de la cacería de brujas practica da entre los siglos XVI y XVII– inicia de esta manera la colonización del útero (Ehrenreich, 1993, 575-577), pero no sobre todos los úteros, sino sobre los úteros –y los perinés– de las mujeres nobles y burguesas. La política sexual no es unitaria, apunta Foucault. En un inicio: «Más que de una represión del sexo de las clases explotables, se trató del cuerpo, del vigor, de la longevidad, de la progenitura y de la descendencia de las clases dominantes» (Foucault, 1998, 149). (Ribeiro, 82)

patriarcal que atravessa esta problemática. Não pelo motivo de haver pouca ocorrência, mas porque as mulheres não ficam à vontade para exporem-se e exporem suas histórias. Afinal, aconteceu de várias mulheres portuguesas enviarem mensagem contando que tiveram esta experiência da sutura traumática no parto vaginal, mas quando eram interrogadas sobre gravar o depoimento, estavam pouco dispostas a falar.

Esta pesquisa utiliza as denominações “Problemática”, “Dimensões” e “Indicadores”, de acordo com as denominações de Bardin (1977) para uma padronização na produção de conceitos e de suas interpretações científicas.

Assim, a problemática central foi nomeada como “sutura desnecessária nos genitais femininos em ambiente hospitalar”, visto que a nomeação do procedimento do “ponto do marido” não tem respaldo técnico e que está intimamente ligado à episiotomia, que também não tem indicação para sua realização. Os indicadores foram divididos em 3 dimensões: “Físicas”, “Subjetivas” e das “Relações de Poder”, conforme especificados no modelo de análise de conteúdo a seguir.



Figura 5: Modelo de Análise de Conteúdo.

Tendo como fundamentação as classificações sugeridas por Bardin, considera-se que o código linguístico do material registrado no trabalho de campo foi realizado através de entrevistas orais, compostas por um grupo restrito a 13 entrevistadas que deram seus depoimentos uma por vez, estando sozinhas com a entrevistadora.

Desta forma, a descrição analítica do conteúdo seguiu procedimentos sistemáticos e objetivos “a fim de permitir a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (Bardin 1977, p. 42) Portanto, para que o conteúdo subjetivo tivesse seu entendimento ampliado por uma análise semiótica, foram consideradas análises de duas naturezas: a semântica, para relacionar os signos encontrados nas entrevistas com o que eles designam ou representam; e a pragmática para buscar perceber o impacto dos signos para seus intérpretes.

Assim, o tratamento da informação contida iniciou-se com uma transcrição dos trechos válidos do vídeo para uma planilha de excel, a fim de criar-se uma delimitação para as unidades de contexto. O primeiro passo foi a separação dos trechos das entrevistas que ligam-se à problemática da sutura no parto vaginal, como também das situações que contextualizam a violência obstétrica, pelo entendimento de que são problemáticas intrínsecas.

O passo seguinte foi classificar o conteúdo segundo a dimensão ao qual correspondia: física, subjetiva e/ou das relações de poder; e dividir os trechos de depoimentos em categorias, constituídas pelos indicadores listados na Figura 5.

Então, os trechos válidos dos depoimentos de cada entrevistada foram dispostos em uma grelha de Excel para que fosse feita a Análise de Conteúdo das 13 entrevistas realizadas, considerando 14 experiências de parto. A unidade de contexto foi o parágrafo, (com o máximo de 10 linhas) tendo sido analisados 377 parágrafos válidos, retirados dos registros em vídeo.

Recorremos ao uso da técnica da análise de conteúdo tradicional, que tem por base a “identificação dos *corpus* centrais da entrevista a analisar em profundidade e, com recurso à identificação e à contagem de categorias e subcategorias, faz-se uma análise de conteúdo temática” (Guerra, 2006:83). Nesse sentido, a detecção das dimensões de análise foi feita de acordo com uma lógica de presença/ausência de qualquer uma das dimensões construídas em qualquer um dos parágrafos. Como apresentado na Figura 5, a Análise de Conteúdo dividiu-se em dimensões de análise que posteriormente subdividiram-se em indicadores de análise.

Do ponto de vista ético, é importante dizer que todas as mulheres autorizaram o uso de seus depoimentos na presente pesquisa e se voluntariaram por livre e espontânea vontade. Após a entrevista, foi deixado um canal de comunicação aberto, à disposição para qualquer dúvida, consulta ou ajuda. Notou-se que todas as depoentes revelaram algum nível de conforto em fazer seus relatos, no sentido de “fazer justiça”, “ser ouvida”, evitar que outras mulheres sejam vítimas e contribuir para transformar esta realidade e mitigar a violência obstétrica.

## 2. RESULTADO DA ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DEPOIMENTOS

Abaixo, o resultado da análise quantitativa de conteúdo que decorreu da incidência dos indicadores encontrados nas entrevistas das mulheres e que colaboram para a compreensão da problemática da “sutura nos genitais femininos em contexto obstétrico hospitalar”.



Figura 6: Resultado da análise quantitativa do conteúdo.

A análise qualitativa tem a finalidade de dimensionar os indicadores, por incidência nos depoimentos das entrevistadas, onde destaca-se:

- Alta taxa de incidência da sutura em primíparas;
- Os principais desconfortos físicos são para a retoma da vida sexual e as dificuldades na cicatrização;
- A sutura acontece com mais frequência após episiotomia, porém pode acontecer após laceração natural e até mesmo sem justificativa;
- Dentre aspectos da dimensão subjetiva, há uma alta incidência de trauma ou

estresse pós-traumático;

- A ocorrência das suturas é, relativamente, equilibrada entre os atendimentos pela rede pública e pela rede privada, o que reflete a transversalidade da ocorrência entre diversas classes econômicas;
- Dentre os profissionais de saúde que realizaram as suturas, houveram mais mulheres;
- A consulta pelo consentimento da parturiente teve baixíssima incidência quanto à episiotomia e nenhuma incidência quanto ao consentimento para a realização do “ponto do marido”;
- A menção ao termo “ponto do marido” por parte dos profissionais de saúde ocorreu mais em Portugal do que em Brasil.

### 3. ANÁLISE QUALITATIVA DOS DEPOIMENTOS

Uma vez que a pesquisa não pretendeu recolher material suficiente para que a amostra pudesse ser considerada uma expressão estatística que reflete diretamente a realidade social, o enfoque mais relevante é a análise qualitativa do conteúdo.

Portanto, os depoimentos foram analisados a fim de responder aos questionamentos iniciais da pesquisa tendo como norte as bases teóricas apresentadas nos Capítulos I e II, representadas pelos tópicos abaixo:

- a **violência obstétrica** em suas diferentes nuances;
- o **patriarcalismo**, com suas evidências e sutilezas;
- a **tecnocracia médico-hospitalar**, com sua soberania intervencionista, sua estratégia de **disciplinarização** e suas **relações desiguais de poder**;
- a **pressão estética**, que mesmo sendo uma vertente do patriarcado interseccionado com a tecnocracia médica, tem sua relevância específica no contexto desta pesquisa;
- as **normoses** e a **sociologia da crítica** acerca das dinâmicas sociais tóxicas poucas questionadas no sistema obstétrico e patriarcal; e, por fim,
- as relações com o conceito hegemônico de **mutilação genital feminina**.

Os trechos transcritos, com suas devidas edições, foram mantidos fielmente à forma como foram verbalizados. As identificações das mulheres consistem em seus nomes

verdadeiros (com consentimento) ou na abreviação (quando não houve consentimento), seguidos do local e ano de ocorrência de seus partos.

#### a) **Dimensões Físicas**

Começaremos por analisar as dimensões físicas impactadas pela sutura nos genitais femininos em contexto obstétrico.

Em relação ao fato da mulher ser primípara, ou seja, de ser seu primeiro parto, a realização da episiotomia e/ou do “ponto do marido” foi realizada em todos os primeiros partos das 13 mulheres depoentes. Este dado pode estar relacionado à difusão de uma crença estabelecida a partir de 1918, quando o Dr. Pomeroy publicou um artigo intitulado: “Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?”, onde ele defendia o corte rotineiro do períneo como forma de diminuir a pressão exercida na cabeça do bebê no momento do parto. Ao que parece, esta crença permanece até os dias de hoje, assim como as indicações de Dr. DeLee, inventor da episiotomia e do guião de intervenções durante o trabalho de parto, que foram considerados procedimentos de **rotina hospitalar** e foram enraizados enquanto **hábitos** que encontram dificuldades em serem abandonados por parte dos profissionais da saúde.

As depoentes associam sua experiência de sutura ao “ponto do marido” pelas seguintes razões: 1) Foi-lhes mencionado pelo profissional que executou o ponto do marido; 2) Foi-lhes mencionado por outro profissional que presenciou ou detectou posteriormente; ou 3) Sentiu seu canal vaginal mais estreito.

Das 13 mulheres, 8 ouviram dos profissionais que foi executado o “ponto do marido”, sendo 5 em Portugal e 3 no Brasil; e 4 ouviram de outros profissionais, que a avaliaram posteriormente, a menção de que foram submetidas ao “ponto do marido” ou “estreitamento vaginal”, sendo 2 no Brasil e 2 em Portugal. A falta de surpresa destes profissionais exemplificam a **normalização** do procedimento e a confirmação de que é algo conhecido pela maioria dos profissionais da área obstétrica.

Dentre as entrevistadas, 3 consideram ter passado pelo ponto do marido pelo fato de sentirem o canal vaginal mais apertado posteriormente. Uma delas relatou que o marido disse ter sentido o canal vaginal mais apertado, mas ela própria atribui à falta de libido e escassa lubrificação vaginal no puerpério.

Dentre os 14 partos relatados, 9 foram suturas decorrentes de episiotomia; 4 foram suturas decorrentes de laceração espontânea; e 2 depoentes relataram que foram detectados posteriormente a realização de pontos a mais na pele saudável, onde não havia corte ou laceração.

A enfermeira obstetra Elisabete Palma explica que o “ponto do marido” é realizado no introito vaginal e, caso não haja “bordos friáveis”, eles soltam-se com facilidade, deixando a pele marcada, mas não “colada”; mas caso haja micro lacerações, o ponto irá cicatrizar deixando a pele menos elástica no local.

4 Mulheres relataram que sentiram o corte ou a sutura, seja por falta de anestesia ou ineficiência da mesma. 3 foram atendimentos em hospitais públicos e 1 atendimento particular. Isto comprova a constatação do Relator Especial sobre a tortura do Conselho de Direitos Humanos no relatório da ONU de 2019 sobre a falta de anestesia na sutura ser uma tortura e violação dos direitos humanos. O que evidencia o aspecto **patriarcal** da subalternização institucionalizada do corpo feminino é o fato de não existirem correspondências com procedimentos cirúrgicos sem anestesia nos corpos masculinos em ambiente hospitalar. Por outro lado, a falta de investigações aprofundadas e as devidas penalizações evidenciam a **soberania e inquestionabilidade do poder hospitalar**.

Apenas 1 depoente não relatou nenhum tipo de sequelas físicas ou psicológicas decorrente da sutura. Todas as outras relataram diferentes tipos de incômodos.

Foram descritos por 12 mulheres, em 13, dificuldades para retomar a vida sexual, seja pela dor, medo, falta de libido ou reincidência da laceração. O tempo de recuperação variou entre 5 meses a 2 anos, conforme relatos abaixo.

*"Fiquei muitos meses sentindo dor e afetou a vida sexual como se fosse a primeira relação, com o agravante do corpo estar diferente e ter uma elasticidade diferente, ter levado pontos e tudo mais. (...)" A. (Faro/PT - 2015)*

*"Tinha a sensação que fosse descoser alguma coisa. Nunca senti a sutura bem feita." C. (Cascais/PT - 2013)*

*"Acho que o sexo aconteceu passado um ano, e aconteceu com dor e não era agradável." C.O. (Porto/PT - 2016)*

*"sentia muita dor (...) levou 2 anos pro sexo voltar ao normal, até por causa da parte psicológica do trauma da violência obstétrica." I. (Santos/BR - 2015)*

Dentre os outros desconfortos decorrentes da sutura, destaca-se que 12 mulheres dentre as 14 experiências de sutura relataram problemas com a cicatrização, tendo sido descritos: “pontadas”, inflamações, infecções, sensibilidade, secreção, dores, rigidez, quelóide, fibrose, ardência, sangramento, sensibilidade ao frio ou ao calor. Sendo importante ressaltar que, mesmo no caso de sequelas temporárias, é possível classificar a sutura desnecessária como “lesão corporal de natureza grave” que, no caso do Brasil, pode implicar de 1 a 8 anos de reclusão do profissional que a realizou, a depender do tipo de sequela e da comprovação da mesma.

Das 11 depoentes que tiveram lesão corporal de natureza grave, destaca-se que 3 mulheres que nunca retomaram a normalidade do sexo vaginal, carregando sequelas físicas permanentes que impedem algumas posições durante o ato sexual. Este fato cria uma relação bastante evidente com a **mutilação genital feminina** devido ao contexto de violência em que a sutura foi realizada e/ou aos impactos definitivos na vida das mulheres.

No caso da J. do Rio de Janeiro (BR), o médico deu muitos pontos, inclusive pele com pele, onde não houve laceração. Mesmo depois de 2 anos ela sente dificuldades para retomar a vida sexual pelo fato de ainda sentir dores e, esteticamente, há uma pele sobressaltada, que deformou sua vulva.

*"eu não conseguia ter relação sexual por mais de um ano.(...) Até pra enfiar um O.B. doía muito. Até meu dedo era difícil de colocar. (...) o sexo ainda acontece com muito esforço, tem jeitos específicos, posições específicas porque ainda dói. (...) uma mulher que sente dor o tempo todo, ela não vai querer transar." J. (Rio de Janeiro/Brasil - 2020)*

No caso da F., de Minas Gerais (BR), houve sangramento do ponto final da sutura até 2 anos após o parto. Passaram-se 5 anos e ela não pode ter relações sexuais em qualquer posição, pois sente dores e tem medo do ponto sangrar novamente.

*"Toda vez que eu fazia a relação sexual, cortava de novo. Cicatrizava, eu fazia e cortava de novo. (...) Antes a relação era de um jeito (...) depois eu tive que reaprender a forma que não me machucava. Até hoje, quase cinco anos depois, só consigo ter relações usando uma pomada de hormônios. (...) Procurei mais duas ginecologistas depois, procurei terapia tântrica(...) e fisioterapeuta pélvica" F. (Divinópolis/BR - 2017)*

No caso da A. do Rio Grande do Sul (BR), o médico deu alguns pontos no meio do canal vaginal, deixando o intróito com duas aberturas distintas e impossibilitando a penetração inclusive de um dedo. Trata-se de um caso recente, de dezembro de 2021 e a

mulher vai precisar de uma cirurgia de reconstituição que ainda não foi sequer autorizada pelo sistema público.

*"Eu nunca consegui ter relação sexual após o meu parto porque toda vez rasga um pouco no ponto. Um dedo polegar entra super apertado.(..) Sinto o clitóris doloroso e pressão em função do aprisionamento que o ponto causa." A. (Rio Grande do Sul/BR - 2020)*

#### a) **Dimensões Subjetivas**

Das 14 experiências de parto, foram analisados os impactos emocionais e psicológicos decorrentes da sutura, assim como das violências verbais e psicológicas cometidas contra as gestantes, parturientes e puérperas no contexto obstétrico; aspectos que acabam por agravar o impacto emocional da sequela física da sutura.

Dos 14 relatos, 12 mulheres ouviram de profissionais de saúde que o ponto foi realizado. Sendo que 8 ouviram diretamente do profissional que o realizou (sendo 5 de Portugal e 3 do Brasil) e 4 ouviram de outro profissional de saúde.

Sendo este o indicador que comprova a existência intencional do procedimento, torna-se bastante pertinente analisar como a prática é reproduzida no discurso destes profissionais e como ela é registrada na memória das mulheres submetidas a isto.

*"Eu não lembro as palavras exatas mas ele falou no sentido de 'cara, eu **consertei** ali, tá tudo ótimo, você vai gostar'. Como se o meu marido era o dono da minha vagina. (...) Foi esquisito porque eu tava lá de frente dele e **ele não falou nada pra mim**, como se não tivesse nada a ver comigo. E a gente tava conversando o tempo inteiro sobre o parto e outras coisas." S. (São Paulo/Brasil - 2016)*

*"A médica olhou pro meu marido e falou: 'Vou dar um pontinho a mais pra ficar mais **apertadinho**'. " I. (São Paulo/BR - 2015)*

*"A parteira disse que estava a **pôr-me como nova**, olhou pro meu marido e **piscou o olho**" A.B. (Peniche/PT - 2008)*

*"Vamos fazer aqui um **"brilharete"** para o marido!` (...) quando disseram isto, eu pensei: isto é uma piada de péssimo gosto." C. (Cascais/PT - 2013)*

*"O médico olhou bem pro meu marido e disse: 'vou lhe fazer aqui um pontinho do marido, está bem?' (...) Fiquei com essa frase e aquele **riso no fim**. (...)Alguna coisa em mim devia saber que aquilo não ia ser muito interessante. (...) Acham que tão a fazer um grande favor pra humanidade, mas a verdade é que aquilo não foi bom nem pra mim nem pro meu marido" C. (Porto/PT - 2016)*

*"Dei um **presentinho** pra vocês. Fiz o ponto do marido.` No que ela (a*

enfermeira) *falou isso, eu fiquei completamente em choque. Eu me senti roubada!*" P.P. (Cascais/PT - 2018)

*"Ela falou que tinha dado um pontinho extra pra **melhorar o sexo**.(...) Quando ela me falou, foi num **tom velado** (...): 'É um pontinho que a gente dá pra ficar **mais apertada ali**.'" A. C. (Belo Horizonte/BR - 2012)*

É interessante analisar nos termos em negrito a relação entre estar “mais apertada” que significa “consertar” a vulva para estar “como nova” e isto ser um “presente”, um “brilharete”, como foi mencionado em Portugal. Afirmações **patriarcais** e **tecnocratas** que vão em oposição às evidências científicas a respeito da anatomia da vulva e da vagina e da sua capacidade natural de distender-se para parir e de reconstituir-se naturalmente.

Além disso, é possível detectar a camada da **pressão estética** contida nas afirmações de que uma vulva “mais apertada” e “nova”, portanto jovial, é o aspecto desejável para uma vulva e, conseqüentemente, seria um presente para as mulheres e seus maridos.

O tom velado e de cumplicidade com uma terceira pessoa, que é o marido - e, por vezes, nem há marido - trata-se de uma forma de impedir que a mulher seja vista a partir de sua subjetividade, anulando sua autonomia em benefício de um suposto outro, cujos interesses são prioritários, e que dentro do **pensamento hegemónico patriarcal** é a figura masculina, que é completamente dominante na posição de marido.

O registro desta situação na memória das mulheres às vezes é bastante nítido, mas por vezes o que permanece são as sutilezas. Não as palavras exatas mas o tom com que foram proferidas, sendo esta violência a causa de muitos tormentos por ocupar um lugar dúbio e, muitas vezes, difícil de ser rebatido no momento ou em queixa posterior. Esta situação de impotência gera um enorme desconforto para a mulher por causa da injusta banalização do ocorrido. E esta não reação fomenta a reprodução sistemática do evento e contribui para a manutenção da **normose da violência obstétrica**.

Dentre as 13 entrevistadas, 9 mulheres relataram rememorar o ocorrido com frequência e 3 delas relataram espontaneamente que choraram ou choram ao relembrar o ocorrido.

*"Passei um tempo sem pensar nisso. Só depois que eu cheguei em casa e que as coisas acalmaram e eu tinha tempo sozinha (...) Sabe quando alguma coisa tá incomodando e você não sabe exatamente o que é? Como se tivesse uma coisa comendo sua cabeça por dentro, sabe? Essa frase que ele falou ficou voltando*

*pra mim. **Eu não quis acreditar no começo.** (...) Eu achava que esse ponto do marido era uma coisa que não acontece mais, que não acontece no **melhor hospital do Brasil**, com um médico instruído, que fez a melhor faculdade, não é uma coisa que ia acontecer comigo (...) eu ficava pensando 'será que ele fez?'" S. (São Paulo/BR - 2016)*

A depoente menciona o quanto a **confiança na instituição hospitalar** impedia que ela própria acreditasse que tinha sido vítima de tamanha violência, principalmente por ser um hospital bastante renomado no Brasil.

No caso da P.P. que teve parto no Brasil e em Portugal, mesmo tendo passado 16 anos entre a primeira experiência de parto, trata-se ainda de uma memória traumática. Ela relatou o desejo de escrever uma carta ao hospital mesmo passado todo este tempo, como forma de ser ouvida.

*"Minha filha **tem 16 anos e até hoje eu choro** por causa disso pelo filme de terror que eu não consigo esquecer. (...) Ainda hoje eu penso em escrever uma carta ao hospital." Pittia Paula (parto 1: Belo Horizonte/BR- 2005)*

P.P., que hoje é doula, relata que viveu na soma dos seus 3 partos todos os tipos de violência obstétrica, sendo que o ponto do marido teve sua realização mencionada no terceiro parto, na cidade de Cascais em Portugal.

O depoimento de C., que teve seu parto no Porto, demonstra que o ponto do marido ainda é realizado nos dias de hoje em Portugal mesmo por jovens profissionais, contrariando a alegação de que seja um procedimento antigo, realizado apenas no passado.

*"Tô aqui a ver a cara do médico (...) Era um **médico novo, com seus 30 anos.**(...) Não me lembro de tudo o que aconteceu no parto (...) eu nem me lembrava de terem posto meu filho pele com pele. Essa era uma coisa boa que eu não consigo lembrar. Portanto, pra eu me lembrar daquela frase e daquele risinho no final é porque alguma coisa em mim sabia que aquilo não ia me deixar boas memórias." C. (Porto/ PT - 2016)*

Dentre as entrevistadas, 7 mulheres falaram espontaneamente sobre culpa, sendo este mais um traço do **patriarcado**, que culpa a mulher pelas violências às quais ela é submetida. É possível notar uma consonância com a situação de quando a mulher é violada e justificam que ela permitiu que aquilo acontecesse com ela por não ter tomado as devidas precauções. Como se a mulher fosse responsável pelas atitudes de terceiros contra ela própria.

*"Há um certo sentimento de **culpa**, de que eu podia ou devia ter feito as coisas diferentes, mas conscientemente ou racionalmente eu sei que isto não faz sentido porque eu não tive culpa de nada.(...) não tava de todo nas minhas mãos, eu*

*estava lá deitada numa maca sem saber o que se passava. E, **no fundo, a pessoa confia nos médicos.***" C. (Porto/PT - 2016)

*"Depois nós começamos a pensar se calhar, se tivesse feito outras opções, o meu filho não tinha nascido desta forma, não tinha sido tirado por uma ventosa. (...) Nós começamos a culpar-nos dessas coisas. (...) Depois foi tentar mentalizar que tudo aquilo que aconteceu teve que ser, mas ao mesmo tempo, com a informação que sustentava que não tinha que ser. Então tem um limbo que, **para o nosso psicológico, de mulheres, mães, a culpa é imensa.**"* C. (Cascais/PT - 2013)

*"Aquele filme de terror que eu vivi, não me colocaram nele, eu criei, eu fiz aquilo acontecer comigo. (...) Eu vivo uma luta dentro de mim pra não me culpar. (...) **Eu entendo racionalmente que eu não tenho culpa, (...) mas falar com você que eu sinto isso, eu não posso.** Ainda me dói emocionalmente e eu consigo colocar a culpa em mim nos 3 partos. Que poderia ter sido melhor se eu tivesse feito aquilo e aquilo outro.(...) Quando eu lembrava que falaram sobre o ponto do marido nos grupos de parto eu pensava 'por que eu não coloquei no meu plano de parto?' e a **culpa vinha.**"* P.P. (parto 1: Belo Horizonte/BR - 2005; parto 2: Contagem/BR - 2007; parto 3: Cascais / PT - 2018)

Uma vez que não é moralmente cogitável culpar a **instituição hospitalar** - a partir da visão **normótica** de que trata-se de local seguro e inquestionável como promovedor da saúde - resta às mulheres culparem a si próprias. Assim, a mulher que assume a culpa pela violência sofrida, também colabora para a manutenção do **biopoder** e da **ordem social patriarcal** que controla os corpos e normaliza a violência contra a mulher, inclusive no sistema obstétrico.

Desta forma, se a mulher não atende às expectativas sociais de estar feliz e conformada com os sofrimentos que foram normalizados no puerpério, ou se, por outro lado, não conseguiu proteger sua cria da violência hospitalar, ela culpa a si mesma por não se adequar ao papel da mãe resignada e resiliente.

Na tese da Dra Dalila Cerejo "Viver sobrevivendo : emoções e dinâmicas socioculturais nos processos de manutenção das relações conjugais violentas" as emoções vergonha e culpa foram analisadas de forma conjunta visto que "a vergonha e a culpa são consideradas emoções morais porque penetram as normas e os valores vigentes a cada actor social, penalizando quem os desrespeite e valorizando quem os reproduz e, ao fazê-lo, reforça a ordem social". (Cerejo 2014 p.222)

Outra emoção bastante presente no discurso de 6 das mulheres entrevistadas foi o sentimento de raiva e revolta. Foi identificado porque nomearem o sentimento com estas palavras, ou por descreverem emoções e reações que revelam este posicionamento.

*"Me bateu a questão da **revolta**: Como é que esta malta não percebe que o excesso de instrumentalização é gravíssimo e afeta muito a vida das mulheres? Eu até tenho a consciência que afetou muito a minha qualidade de vida nos primeiros meses. Eu preferia não sair de casa pra não ter que me sentar em um carro. (...) Como é que estamos desde os anos 60 no hospital a parir e deixamos isto acontecer? Nós não somos meninas bem-comportadas que temos que dizer 'sim senhor a tudo, não é?'" C. (Cascais/PT - 2013)*

*"Eu fiquei muito **revoltada**. Eu fiquei dias sonhando que (...) sinceramente se eu encontrasse ele (o médico) na rua e pudesse jogar ele de um rio, eu jogava, de tanta **raiva** que fiquei. (...) Não quero ver mulher com medo, isso me dá **raiva**, isso me dá **ódio**, sabe? A gente não deveria tá passando por isso! A gente devia ser exaltada (...) é um poder só nosso (...) e a gente não devia tá sofrendo violência. Não sendo agredida, não sendo castigada por isso. Se hoje eu dou meu relato e falo sobre isso, é por **ódio**! (...) Eu não quero escutar de uma mulher 'você teve o ponto do marido? Eu também tive'. Acho que nem você gostaria de estar fazendo esse trabalho. (...) Eu não queria que a gente tivesse uma história ruim pra contar." J. (Rio de Janeiro/BR - 2020)*

*"a enfermeira falou 'dei um presentinho pra vocês. Fiz o ponto do marido.' No que ela falou isso, eu fiquei completamente em choque. Eu me senti roubada! Por que era exatamente o momento em que eu tava vivendo aquele prazer. (...) **Eu só pensei assim 'puta que pariu! Eu vou ter que parir de novo pra ter um parto meu? Pra não me roubarem nada!'**" P.P. (Cascais/PT - 2018)*

*"Eu senti dor pra caramba (...) pari sem remédio (...) eu me sentia, tipo, campeã. E no meio disso, um homem vai lá e toma o controle de uma coisa que você não quis. Enquanto você tá fazendo uma coisa maravilhosa, **ele faz uma coisa muito desrespeitosa, pra falar o mínimo, sabe? Uma violência!** (...) Eu sinto que o poder foi tirado de mim. (...) Isso me deixa com **raiva**, a primeira pessoa que tocou no meu filho é uma pessoa que ta sendo acusada de estupro, entre outras coisas." S. (São Paulo/BR - 2016)*

É possível notar a capacidade de mobilização da raiva e da revolta. Dentre as 6 mulheres que relataram revolta, 4 falam publicamente sobre o assunto em suas redes sociais, tornando-se porta vozes ou ativistas contra a violência obstétrica, sendo que 3 delas tornaram-se doulas após viverem partos traumáticos, e a outra, enquanto jornalista, trouxe o assunto para as mídias ao expor sua história.

Sendo assim, é possível observar sobre o quanto a experiência do corpo pode ser mais potente no impacto social do que apenas um entendimento teórico da problemática. Ou seja, o corpo afetado é capaz de aderir ao processo de **disciplinarização**, como coloca Foucault, mas também o oposto, é capaz de dissociar-se da **normose** e adquirir uma capacidade de ação **crítica**. Afinal, enquanto teoria, Boltanski detecta que a crítica não tem causado transformações sociais na atualidade.

Enquanto diagnóstico, nenhuma das mulheres relatou ter vivido depressão pós-parto mas 10 delas revelam, através de seus relatos, diferentes níveis de estresse pós-traumático.

*"Senti meu **corpo violado** pela médica não ter pedido permissão pra fazer a episiotomia" A. (Brejo Santo - Ceará/BR - 2021)*

*"eu não me sinto a mesma pessoa (...) quando eu pego um espelho e olho (...) é **como se eu não fosse uma mulher**, é como se tivesse tudo errado." A. (Santa Maria - RS/BR - 2021)*

*"Tive estresse pós-traumático por conta da violência obstétrica em si. (...) me tratei, fiz terapia. (...) Pra você ter uma noção, **até hoje eu não tive coragem de olhar a cicatriz**." I. (Santos - SP/BR - 2015)*

Os traumas podem causar diversas consequências, como estas descritas onde a identidade da mulher e sua auto estima são afetadas. Mas também podem causar o questionamento acerca da **instituição médico-hospitalar**, criando a possibilidade de um olhar mais lúcido para este aspecto **normótico** da sociedade.

*"Perdi completamente a confiança na comunidade médica. (...) foi uma coisa mesmo brutal" C. (Cascais/PT - 2013)*

*"Se eu tivesse que voltar pra maternidade, eu **preferia morrer em casa**. (...) Eu **nunca tinha contado a história toda**. Não chegava nas ameaças que ele (o médico) me fez. (...) Não sei qual a reação se eu visse ele na minha frente. Ele **destruiu a minha vida**." J. (Rio de Janeiro/BR - 2020)*

*"Por muitos anos eu falava do parto da S. como um **filme de terror**. (...) Eu lembro de um médico falar pro outro 'vai ter que ser fórceps'. O outro pegou uma colher e eu lembro do brilho dessa colher. Coisa de filme de terror mesmo que formou na minha cabeça. (...) Por 13 anos eu senti que o parto era difícil, que meu parto só deu certo por uma equipe competente. (...) Eu não sentia tristeza, eu sentia **pânico de parto**. (...) Eu sonhei muitos meses com o parto dela e aquilo me trazia pânico. (...) Por muito tempo me senti indigna (de ter um bom parto)." P. P. (parto 1: Belo Horizonte/BR - 2005; parto 2: Contagem/BR - 2007; parto 3: Cascais / PT - 2018)*

*"Eu nunca fui **estuprada**, mas eu imagino que eu senti um pouquinho do que uma mulher nessa situação sentiria. Uma coisa que acontece no seu corpo, contra o seu corpo, que você não deu ok, não autorizou e foi um homem que foi fazer, e pior, pra dar prazer pra um outro homem, que nem quis.(...) Você quer se separar dessa emoção, dessa coisa que aconteceu lá embaixo, mas essa coisa é parte de você. É sua vagina (...) É uma coisa que te deixa um pouquinho em **pânico também** (...) Eu fiquei bem **atormentada** e tentei não pensar nisso (...) eu sinto que o poder foi tirado de mim." S. (São Paulo/BR - 2016)*

Mesmo sendo traumas psicológicos bastante profundos, estes são frequentemente invisibilizados pela dificuldade de serem mensurados; contudo, são as maiores sequelas na

vida das mulheres. Esta dificuldade em mensurar-se as sequelas psicológicas pode estar relacionada ao fato das mulheres não falarem sobre o assunto, pois julgam ser algo **normal** por ouvirem de outras mulheres que todas passam por isto e “assim é que é”. E as que ousam falar, são desacreditadas ou silenciadas, outra característica da **normose do patriarcado**.

Dentre as mulheres entrevistadas, 5 julgaram o sofrimento normal no parto e pós-parto, seja físico ou emocional.

*"Como eu não sabia (sobre o ponto do marido) eu pensava que isto era **normal** (...) e tinha que me preocupar com o bebê." A. (Faro/PT - 2015)*

*"Não ficou tudo bem, mas a cena foi como eu assumi que toda a gente passa por isto, portanto 'tu passaste por isto, organiza lá a tua cena mental e bora'. (...) Como se 'ser mãe é sofrer'. Essa carga judaico-cristã (...) da purga, quase. (...) Nós, mulheres ocidentais, assumimos que isto é **normal** no pós-parto, normalmente é assim, as coisas custam a retomar, a recuperação também é um bocadinho difícil, tem que se fazer isto e aquilo, portanto, acredito que foi tão normalizado isto tudo que deixou de ser um assunto. Portanto, tava bem para as pessoas, tava bem para os profissionais e deixou de ser um assunto. E como se trata da vida íntima das pessoas e as pessoas não falam das suas vidas íntimas e há muito tabu de mostrar fraqueza durante o trabalho de parto, fraqueza no pós-parto, então as pessoas calam-se. E este **silêncio coletivo** é quase como um **pacto de silêncio**." C. (Cascais/PT - 2013)*

*"Eu elogiei por muito tempo a equipe porque ela foi tão bem orquestrada. (...) e pronto! E deu certo e minha filha nasceu bonitinha e gordinha (...) porque é o que vendem pra gente, né? Você tá viva e sua filha tá bem! Hoje eu sei que parto não é isso. (...) Eu faço terapia e isso é algo que eu nem consigo tratar na terapia. (...) Na minha ignorância, eu transmiti pra muitas mulheres que isso era **normal**. (...) Às vezes eu falo 'Deus, coloca mulheres sábias na vida dessas mulheres que encontraram comigo ao longo da vida' (...) eu falei pra muitas mulheres o tanto que parir era difícil. (...) Eu reproduzi tudo aquilo como **normal**. (...) Me dói muito eu ter reproduzido isto. (...) Isso pra mim é um dano muito sério a nível de sociedade mesmo." P. P. (parto 1: Belo Horizonte/BR - 2005; parto 2: Contagem/BR - 2007; parto 3: Cascais / PT - 2018)*

A recorrência da palavra normal ligada ao sofrimento no parto ou puerpério é uma constatação da **normose da violência** no sistema obstétrico. A perpetuação desta normose acontece pelo **patriarcado** que silencia as mulheres, pela eficaz **disciplinarização** dos corpos através da instituição hospitalar. Assim, as próprias mulheres, não dotadas de consciência, como coloca Foucault, e alheias à crítica social, acabam por reproduzir as informações de mulher para mulher, de geração para geração, e consolida-se a **normose**.

*"Eu ouvi que eu não conseguiria ter 'normal' e que 'elas' iam abusar de mim de alguma forma, por ouvir **relatos da minha mãe** e outras pessoas que tiveram normal. (...) **Minha mãe me falou** que elas iriam ser muito más comigo lá no*

*hospital. (...) **Eu ouvi da minha mãe** que pessoas lá nos partos delas foram más com ela, foram abusadas, deixaram ela sofrer. Minha irmã também, deixaram ela sofrer bastante (...)" A. (Brejo Santo - Ceará/BR - 2021*

Este relato demonstra como a violência tem sido praticada contra mulheres há tantas gerações que já é **normalizada** enquanto parte da experiência do parto hospitalar.

Outro impacto importante de ser mencionado é como a **normalização da violência obstétrica** impacta na relação com o bebê. O fato de existir um tabu **patriarcal** em torno da mãe, pressionando-a a amar incondicionalmente o bebê para garantir que cuide bem da prole humana, dificulta mensurar este indicador. Apenas uma delas, S., mencionou a possibilidade da experiência de parto ter interferido em sua relação com o bebê, tanto na altura do parto quanto seis anos após, quando ela deu o seu depoimento na mídia brasileira.

*"Foi muito duro naqueles tempos que saiu tudo, eu fiquei chorando em casa e meu filho que tem seis anos perguntava o que aconteceu. É difícil explicar: 'você, amor, você fez parte dessa história. Eu não vou contar pra ele, né? Então não envolve só a mulher, né? Envolve os pequenos também. É triste pra todo mundo. (...) Eu tive uma relação difícil com o meu filho. Eu fiquei sozinha durante a licença e até agora eu fico me perguntando se isso de alguma forma afetou." S. (São Paulo/BR - 2016)*

Já sobre a relação com o parceiro, 10 mulheres relataram que a experiência do parto e do pós-parto afetou a relação. Seja pela incompreensão psicológica, seja pela impossibilidade física do ato sexual acontecer, o que acaba por distanciar o casal emocionalmente.

*"**É doído** não poder satisfazer o meu esposo, me satisfazer. (...) Eu fico imaginando que milhares de mulheres por aí, que passam por isso, muitas vezes não tem o apoio do esposo e tem que ter relação com dor. **Até mesmo pra não ter uma separação**, porque muitas mulheres dependem do marido pra criar o filho." A. (Santa Maria - RS/BR - 2021)*

*"...ausência absoluta de vontade de ter intimidades durante muito tempo. (...) a nível familiar fiquei com pensamentos do tipo: como deixaram isto me acontecer? (...) Estavas lá! (...) Senti-me **brutalmente sozinha**. (...) As pessoas não compreendem e começam a assumir que aquilo é um desinteresse (...) mas era uma questão que, fisicamente, não dá. (...) Se não houvesse diálogo poderia **ter ido muito mal**." C. (Cascais/PT - 2013)*

*"Acho que a relação não é só a parte íntima, mas acho que, se não tiver a parte íntima, acontece um afastamento, por muito sutil que possa ser." C. (Porto/PT - 2016)*

*"Mesmo que fosse bom pra ele, ao me ver desconfortável não seria bom pra ele. (...) Não faz sentido. A gente não tá na era medieval." I. (Santos/BR - 2015)*

*"O ponto do marido não melhora a vida sexual. Não melhorou nem a minha nem do meu marido. Acabou com o nosso casamento, por que não há casamento que dure sem contato físico. Arruinar totalmente a vida sexual de uma mulher, arruína o resto."* J. (Rio de Janeiro/BR - 2020)

*"Eu falei pro meu marido mas ele tava querendo não ouvir, eu acho. E eu fiquei bem atormentada."* S. (São Paulo/BR - 2016)

*"7 ou 9 meses sem conseguir ter relações. (...) Em uma consulta pós-parto a médica insistiu que eu voltasse a ter relações sexuais dizendo: 'Tem que voltar!'"* A. (Faro/PT - 2015)

Existe uma pressão social de que a vida sexual precisa normalizar-se a qualquer custo, como foi verbalizado pela médica no último depoimento acima, devido ao **pensamento patriarcal da manutenção do casamento pelo sexo**. As afirmações de que há mulheres que tem relações sexuais com dor para “não ter uma separação”, ou a de que se não tivesse diálogo teria “ido muito mal”, referindo-se à separação, são afirmações que denotam o enraizamento do patriarcalismo, que coloca o casamento acima de qualquer outra condição.

É possível notar que, mesmo que as mulheres não relatem uma pressão dos companheiros para voltarem a fazer sexo, acontece um afastamento emocional pela falta do contato físico, que acaba afetando fortemente a relação do casal e o estado emocional e psicológico da mulher. Saber que existe esta pressão social, faz com que a mulher pressione a si mesma.

Por outro lado, é possível notar, nos depoimentos, que o impacto físico da sutura na relação com o parceiro pode ser emocionalmente minimizado na mesma medida em que há mais diálogo e compreensão entre o casal.

Apenas 1 das mulheres não relatou problema algum para retomar a normalidade no pós-parto, seja do ponto de vista físico ou emocional, havendo, pelo contrário, uma melhora.

*"Não tive nenhum problema pra voltar a vida sexual, (...) o sexo depois da gravidez ficou mais prazeroso. (...) Não sei se foi hormonal ou se foi por causa disso (do ponto a mais).(...) Acho que foi hormonal porque eu parei de tomar pílula. (...) Essa coisa de que apertadinha é melhor. Quem falou né? É muito mais a mulher que se conhece. O prazer tá muito mais profundo do que isso".* A. C. (Belo Horizonte - Minas Gerais/BR - 2012)

Apesar de não ter tido problemas para retomar as funções como eram antes do parto, seja a função sexual, a de urinar e de sentar-se sem dor, a depoente não considera que o “ponto do marido” foi o responsável por qualquer benefício que tenha notado.

### a) Dimensões das Relações de Poder

Uma dimensão de análise bastante relevante para a crítica social é a dimensão das relações de poder, onde é possível lançar um olhar semiótico sobre as nuances da opressão no sistema obstétrico e identificar uma possibilidades de mitigar o problema desde sua agencialidade.

Profundas assimetrias são mantidas ou criadas estabelecendo uma violência explícita, e principal, mas não exclusivamente física.(...) Mas pode-se também invocar a opressão, em certos casos menos extremos, em que a manutenção de uma *ortodoxia* é obtida por meio de uma violência (...) para reprimir a crítica. (Boltanski 2013, p. 446)

O primeiro indicador a ser analisado são os dois tipos diferentes de poder: o poder público e o poder privado, que age de formas sutilmente distintas, sobre corpos de classes distintas, através de suas instituições. Dentre as 14 experiências de sutura no parto vaginal, 8 foram realizadas em hospitais públicos, sendo 4 em Portugal e 4 no Brasil. Dentre os 6 partos ocasionados em hospitais particulares, 1 foi realizado em Portugal e 5 no Brasil.

No artigo de Martins (2003) “Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde”, o autor faz análises pertinentes sobre o que torna as relações de poder mais díspares no atendimento público.

Esta relação de poder fica ainda mais clara quando a prática médico-‘científica’ se dá em hospitais públicos junto a uma população de baixa renda. Esta, já excluída politicamente e socialmente no dia-a-dia da cidade, além de não ter o poder financeiro, em geral não tem estudo superior, não partilhando assim da mesma cultura do médico, nem parecendo àqueles que valorizam a dita ‘racionalidade’ como alguém digno de ter sua autonomia respeitada. Estes pacientes, além de serem pacientes, tenderão a ver seus direitos de autonomia desrespeitados também por não serem vistos como autônomos mesmo quando não estão na condição de pacientes, parecendo assim duplamente inferiorizados perante a onipotência médica, como sentimento tanto sócio-cultural quanto corporativo. (Martins, 2003 p.25)

Devido à **macro-estrutura social patriarcal**, esta inferiorização a qual o autor se refere, relativamente ao paciente de baixa renda, é possível ser aplicada à situação do sistema obstétrico onde as pacientes são mulheres e, portanto, são duplamente subalternizadas pela sua situação de paciente e pela sua situação de gênero.

No relato abaixo, é possível observar que a agencialidade da opressão é também

atribuída a mulheres, enfatizando que a **reprodução da violência acontece independente do sexo ou gênero** do profissional de saúde. Sendo que neste estudo, a agencialidade da violência cometida por mulheres foi maioria. Dentre os(as) profissionais que verbalizaram a realização do “ponto do marido”, entre médicos(as) e enfermeiros(as), 2 eram homens e 6 eram mulheres. No caso das episiotomias violentas, o número total dos profissionais foram de 5 homens para 9 mulheres.

*"O que mais me deixou indignada é que isso **foi feito por uma mulher**. Foi uma médica!" A. (Rio Grande do Sul/BR - 2021)*

Aqui temos a questão do **patriarcalismo** enraizado que afeta a conduta de pessoas de todos os gêneros, reproduzindo o pensamento hegemônico do controle e disciplina dos corpos dentro da **tecnocracia hospitalar inquestionável**, como apresenta Foucault, mas, principalmente no setor obstétrico, o **pensamento patriarcal** de que o corpo da esposa deve estar a serviço do marido, como Lerner apresenta na gênese do patriarcado. Desta forma, no caso do ponto do marido, há duas motivações principais: a mulher profissional de saúde que considera estar a fazer um favor para a outra mulher, na busca de garantir a manutenção do casamento pela qualidade do sexo; e a mulher profissional de saúde que aprendeu a realizar a sutura e não questiona o sistema hospitalar que considera soberano.

A crença na Ciência - como toda crença, nada científica - tende a levar o médico que a ela adere, consciente ou inconscientemente, a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente e, por conseguinte, diante do próprio paciente. Aquele passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a sua tutela, de modo por vezes incondicional. Algo da ordem de uma abdicação temporária - enquanto for 'seu paciente' - de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo. (Martins, 2003 p.25)

Além de constatar a anulação da autonomia do paciente diante do poder médico, Martins reflexiona também sobre o sentimento de onipotência dos profissionais de saúde que esconde a impotência da ciência e da compreensão humana diante do mistério que é o corpo humano enquanto ser integral.

Neste caso, o não reconhecimento da autonomia do paciente configura-se como parte integrante da defesa, pois torna-se necessário para confirmar psiquicamente seu sentimento onipotente. (...) Onipotência, no entanto, não é potência nem opõe-se à impotência. Ao contrário, onipotência é defesa contra a ameaça de impotência, mas, reativa, mantém esta da qual se quer livrar. (Martins, 2003 p.26)

Dentre todas as 14 experiências, apenas em 1 caso houve consulta à parturiente para que desse seu consentimento para a realização da episiotomia na fase expulsiva do bebê, diante da alegação de indicação do procedimento. Talvez este seja o único caso, dentre os analisados, onde a sutura no parto vaginal tenha acontecido em um contexto “válido”, de forma a não ser considerado violência obstétrica por certos critérios de alguns profissionais.

Houve 2 outras mulheres que relataram que a realização da episiotomia foi discutida nas consultas pré-natais, sendo o procedimento uma pré-condição para a realização do parto vaginal. Uma delas defende a postura da médica, alegando confiar na profissional, o que comprova mais uma vez a relação de vulnerabilidade entre paciente e médico nas relações de poder que são estabelecidas e a **inquestionabilidade do poder médico**.

*"Você tá pagando a médica, pra poder ser médica, pra poder fazer o trabalho dela. Ai de repente você vai falar o que ela tem que fazer ou não tem que fazer no trabalho dela? Ela tem que saber o que ela tem que fazer. Essa é a minha mentalidade e eu falei: eu confio em você"* F. (Divinópolis/BR -2017)

Nos 3 casos onde houve “consentimento informado”, eram médicos(as) particulares que acompanharam a gestação e o parto. Já para o ponto do marido, em nenhum dos casos o procedimento foi discutido, mencionado previamente ou buscado o consentimento da mulher.

*"A maneira que ela falou era pra gente falar 'oba! me economizou uma cirurgia depois, melhorou a vida do casal! (...) Hoje eu penso 'puta que pariu eu precisar colocar no plano de parto que não quero o ponto do marido?'"* P.P. (Cascais/PT - 2018)

*"Depois que eu senti o corte eu perguntei se era necessário e a médica falou que sim, senão ia romper. (...) Entre a médica cortar ou romper por si, eu escolheria romper por si só. (...) Possivelmente não ia abrir o mesmo tanto que ela teria cortado."* A. (Brejo Santo - Ceará/BR - 2021)

*"Em momento algum perguntaram, mesmo constando no plano de parto. (...) Levei muitos pontos e perguntei à médica quantos pontos foram e ela respondeu que tinham sido muitos e não era importante saber."* A. (Faro/PT - 2015)

*"Eu perguntava quantos pontos foi que me deram (...) e nunca me responderam."* C. (Porto/PT - 2016)

A **normalização da soberania hospitalar** exige os profissionais da obstetria de se referirem às mulheres com alguma equidade. De forma que, muitas das vezes, não consideram válidas as perguntas delas, nem consideram respondê-las.

“Não só a crítica é excluída, mas também o é a possibilidade de

*questionar* o que está acontecendo, o que se constitui, talvez, no primeiro movimento de crítica (“aqui, não se fazem perguntas”). Crítica e questionamento sendo impossíveis, aqueles que exercem a dominação não precisam *justificar* suas ações.” (Boltanski 2013, p. 446)

Mesmo diante dos indícios, apenas 10 destas mulheres consideram que viveram experiências violentas no parto. Nas outras 4 experiências, as mulheres não consideram que sofreram violência obstétrica e faz-se importante considerar os processos que causam esta relativização da violência.

*"Talvez eu tenha sofrido, mas não sinto assim. Talvez por ser uma pessoa que eu confiasse há algum tempo. (...) Eu não sinto que foi uma violência mas se eu parar pra pensar bem, foi."* A. C. (Belo Horizonte/BR - 2012)

*"Em todo processo a médica respeitou minha opinião, minha vontade (...) se calhar ela fez aquilo na melhor das intenções, porque era uma senhora já de idade e se calhar fez com uma boa intenção de deixar-nos como éramos antes de engravidar, não sei".* A. (Faro/PT - 2015)

*"Não achei que eu tive violência porque ela foi super carinhosa comigo, me explicou cada etapa. (...) Eu fui fraca no sentido de não ter segurado a dor no primeiro parto (...) eu gritava por anestesia, eu paguei pelo parto, aí ela tentou me ajudar. Aí agarrou tudo lá dentro. Só cortando pra tirar"* F. (Divinópolis/BR -2017)

*"eu sei que foi violência obstétrica (o ponto do marido) mas eu sinto mais como um roubo.(...) Talvez se eu tivesse tido só o parto da L. (parto 3), eu estaria te relatando vários absurdos. Mas eu sempre coloco na balança e coloco o parto dela como um parto que valeu a pena (...) como eu tenho carinho pelo parto dela, eu não consigo falar que foi uma violência. Só senti que eu tava com o doce na mão (...) e na hora de degustar eles falaram 'cê tá achando que é assim as coisas?'"* P.P. (Cascais/PT - 2018)

*"Apesar de conhecer o termo e o conceito, eu estive em negação muitos anos, (a pensar) que não, eles foram tão queridos e tão amorosos, tão simpáticos. Só houve ali um pormenor linguístico que não gostei tanto. Mas eu demorei muitos anos a assumir que tinha realmente sido violência, porque foi violência."* C. (Cascais/PT - 2013)

Nos trechos de entrevistas acima, a relativização da violência aparece por dois vieses. O primeiro pela confiança no profissional da saúde, o que é justificado pela **normose hospitalar**, que considera soberana e inquestionável as escolhas da(o) médica(o); o segundo surge pela relação de “carinho” ou gentileza que porventura se estabeleceu. E aqui é necessário mencionar que a violência obstétrica não tem a ver com a forma interpessoal com que o procedimento aconteceu, mas sim ao fato de ter-se realizado uma intervenção desnecessária sobre o corpo de uma gestante/parturiente que acaba por não ter poder de

escolha ou de defesa, uma vez que está frágil e vulnerável dentro da **relação de poder desigual** entre o profissional da saúde e ela própria.

O último depoimento traz ainda outra camada, onde uma mulher que já sofreu tantas violências nos partos anteriores não consegue sentir-se vítima de violência no último parto pelo fato de ter sido submetida a apenas um procedimento violento. De forma que é preciso considerar que a quantidade de violências sofridas ou uma possível classificação de gravidade dos procedimentos não interfere na constituição da violência obstétrica.

Nas palavras de Boltanski (2013), “em situações de opressão, as pessoas dificilmente podem reconhecer algo em comum, considerando as outras relações além daquelas que são levadas em conta pelas classificações oficiais” (p.446). Portanto, nomear a violência sofrida como violência exige uma validação; seja do senso comum, que somente terá consciência da problemática lentamente, visto que está imerso nas **normoses do patriarcado e da soberania médico-hospitalar tecnocrata**; ou das instituições “superiores” e “oficiais” que, no caso do hospital, é também o próprio agente da violência. Por isto, a importância dos órgãos internacionais criarem mecanismos efetivos de levarem informação e de conscientizar as classes dos profissionais de saúde sobre os problemas da violência obstétrica.

A violência institucional no sistema obstétrico é tão normalizada que, por vezes, as mulheres não tem a certeza do que viveram, ou descobrem depois do que se trata.

*"Eu só soube o que era violência obstétrica depois de passar por ela. (...) Foi mais por parte das enfermeiras, mas a médica deixou."* I. (Santos - SP/BR - 2015)

*"A enfermeira obstetra empurrou-me a cara com a mão. (...) e eu não tô a compreender a resistência mundial que se tem ao termo violência obstétrica porque nós estamos mesmo a falar de atos de violência deliberada. (...) Podem haver depressões tão graves que podem levar ao suicídio. (...) Não é preciso morrer uma mãe ou um bebé, para que um médico seja acusado de violência obstétrica."* C. (Cascais/PT - 2013)

É possível acreditar que muitos profissionais realizam intervenções desnecessárias por terem aprendido desta forma, mas o desconhecimento do que considera-se “os melhores conhecimentos científicos”. E o primeiro passo é reconhecer tais violências de gênero e nomeá-las como tal.

*"eu não acho que os médicos sejam alguma coisa maléfica. Eu acho muito difícil quebrar uma prática que é feita há muito tempo e que é ensinada (...) se calhar*

*não sabem fazer de outra maneira, acredita que tá a fazer o melhor pra aquela mãe e pra aquele bebê. e portanto, não conseguem quebrar aquela cadeia, porque se calhar podem até ter medo. (...) Não reconhecerem que isso existe é a pior parte, se calhar. Porque a partir do momento em que reconhecerem que isso existe, isso vai obrigar que a Ordem dos Médicos, se calhar, fiscalize melhor e faça com que os médicos tenham que fazer diferente". C. (Porto/PT - 2016)*

Além da sutura que, realizada de forma deliberada, caracteriza uma violência física, há ainda os relatos de violência verbal, sintoma da extrema desigualdade nas relações de poder e que pode ser considerada uma ferramenta essencial para a **disciplinarização** por parte do **poder hospitalar**. Diante da ocorrência da violência psicológica ou do abuso moral, a mulher, que já se encontra em uma situação vulnerável nesta relação de poder, acaba por ser silenciada e anulada com o intuito de manter a ordem vigente.

*"Ele (o médico) falou que eu ia morrer se eu não parasse de chutar porque ele não ia me costurar, que ele ia me deixar sangrar até morrer, que meus filhos não iam ter mãe, que se meu filho não tivesse mãe, ele ia sair pra adoção. (...) A enfermeira chegou e falou: 'dá uma anestesia logo nessa garota pra ela parar de gritar. O hospital todo já tá vindo aqui querendo saber que escândalo é esse. O médico falou: 'você tem sorte que tem gente aqui. É por isso que você não vai morrer.' Depois da sutura, a mulher estava fraca, "sem comer há muito tempo e perdido muito sangue" e a enfermeira pediu pra ela levantar da cadeira de rodas e a mulher disse que não conseguia. A enfermeira disse: "Olha, se você conseguiu parir, você consegue levantar. Saiu um bebê daí e você não consegue dar um passo? (...) o meu quarto, meu e de outras meninas que tavam internadas, ficava em cima da sala de parto e você não tem noção o horror que era. Eu não conseguia dormir de noite porque era grito o tempo todo. Parecia que a gente tava num manicômio. Se você gravasse, dava pra gravar um filme de terror ali só de áudio de grito de socorro, de tá doendo, de não quero. (...) Acho que o pior nem foram os pontos em si, foi saber que foi por vingança." J. (Rio de Janeiro/BR - 2020)*

O relato de Jaqueline, que teve seu parto em 2020 no Rio de Janeiro, trata-se de um caso extremo de violência do começo ao fim da internação no hospital, tendo sido violentada de muitas formas, em muitos níveis e por muitos tipos de profissionais. Isto mostra o enraizamento e **normalização da violência** que compreende todo o **sistema hospitalar e**, mesmo sofrendo variações, sendo mais ou menos exposto a depender da instituição, denota toda a desigualdade das **relações de poderes dentro do hospital**, onde o sujeito-parturiente acaba por ter violados os seus direitos humanos.

P.P. tem dois relatos de partos bastante violentos em diferentes instituições hospitalares no Brasil.

*"A sala estava cheia. Eu lembro que tinha mais de quinze pessoas. (...) O médico*

*disse 'olha, aqui vai ter que ser rápido, senão sua filha vai morrer e eu preciso do seu apoio'. (...) No pós parto não houve instrução para os cuidados com o bebê, jogaram a fralda de pano e um bocado de algodão e a enfermeira falou 'a filha é sua, se vira' No parto 2, ouviu das enfermeiras: "'Na hora de fazer não doeu, na hora de abrir perna não reclamou, agora ta reclamando'. 'Acha esse jogo das pernas logo porque eu não tô aqui trabalhando pra você'. P.P. (parto 1: Belo Horizonte/BR - 2005; parto 2: Contagem/BR - 2007; parto 3: Cascais / PT - 2018)*

Toda a cadeia de profissionais de saúde tem ciência de que existe falta de criminalização e responsabilização por tais atos de violência, a impunidade é o que presenciam diariamente e existe pouca probabilidade de que suas ações tenham alguma consequência. Afinal **a violência obstétrica tem respaldo institucional** e isto dificulta sua mitigação.

É possível também, em trechos dos relatos, identificar a **visão tecnocrata** de como o parto natural é visto como primitivo, em um sentido pejorativo, ao ser comparado à culturas consideradas primitivas por não recorrerem a tecnologias intervencionistas para o parto fisiológico natural.

A C., que foi atendida no hospital de Cascais (PT), ouviu da médica na admissão do hospital, em “*uma cena de nojo, quase*”, de acordo com suas palavras:

*"Mas o que é isto?(...) Isto é uma literacia. Você é médica por acaso pra estar aqui a fazer um plano de parto? Parece aquelas pretas d'África que vão parir agarradas a uma árvore."* C. (Cascais/PT - 2013)

A Jaquelini, do Rio de Janeiro, teve um parto não assistido dentro do carro de forma não intencional, mas não teve tempo de explicar nada antes que lhe dissessem:

*"A enfermeira devia tá dormindo e foi acordada. Ela falou 'é isso que dá querer parir igual índio. Ai, acontece essas merdas, o bebê nasce em local sujo, tem doença, vai falar que é nosso atendimento'."* J. (Rio de Janeiro/BR - 2020)

Dentre as mulheres entrevistadas, 10 relataram experiências nítidas de abuso de poder, sendo que algumas depoentes têm algum nível de consciência a este respeito.

*"a grávida tá numa **posição frágil** (...) não está em pé de igualdade para rejeitar qualquer procedimento que fosse"* C. (Porto/PT - 2016)

*"Você é teimosa demais, Flávia! Eu vou te dar mais essa madrugada. **Se o neném não nascer até amanhã, você não come nada que eu vou tirar ele meio dia.**"* F. (Divinópolis/BR -2017)

*"No hospital, você está **à mercê de terceiros**. Por mais que você fale o que você*

*quer e o que não quer." I. (Santos - SP/BR - 2015)*

*"(...) 'eu faço o que eu quero', então é um abuso de poder" P.P. (parto 1: Belo Horizonte/BR - 2005; parto 2: Contagem/BR - 2007; parto 3: Cascais / PT - 2018)*

*"Quem teve mal não fui eu em confiar, mas foram os profissionais de saúde, que fornecem um trabalho muito miserável quanto ao cuidado da mulher, portanto quanto estamos a falar de obstetrícia não podemos falar única e exclusivamente na técnica porque nós estamos a lidar com uma pessoa que está consciente. (...) Se um caixa no supermercado faz um erro inocente, e é despedido, como é que nós temos médicos e enfermeiros (...) a maltratar deliberadamente as pessoas, intencionalmente pra marcar uma **posição de poder**, e vão trabalhar no outro dia, e no outro dia a seguir também e ninguém lhes chama a atenção. **Não existe uma hierarquia para algo que lhes chame atenção, para algo que os suspenda, apesar de a lei existir.**" C. (Cascais/PT - 2013)*

A causa da impunidade no sistema obstétrico é a **normose hospitalar** que tem no senso comum a consideração que os profissionais da saúde não têm a intenção de praticar qualquer ato que não seja para o bem da gestante/parturiente, sendo este o lugar de cura e não o de provocador de maus-tratos e violência. O que deveria, idealmente, corresponder à realidade, mas não acontece.

O abuso de poder parece ser uma constante no hospital, e é importante ressaltar que a violência obstétrica pode ser praticada por qualquer profissional do universo obstétrico que se relacione com a gestante ou parturiente de forma violenta. Além da violência sofrida por Jaqueline nas mãos do médico e da enfermeira, como anteriormente descrito, em outro trecho do seu depoimento, ela relata as violências que sofreu pela faxineira, pela psicóloga e pela diretora do hospital.

*"Era inverno e o banheiro da enfermaria não tinha água quente pro banho. No andar de cima o banheiro tava intacto, tinham acabado de limpar e a tia da limpeza falou: 'você não vai entrar aí não. Acabei de limpar, me dá um tempo, me dá paz.' Eu falei 'aqui é o único lugar que tem água quente' e ela falou 'então toma banho em casa, aqui não é hotel!' (...) A psicóloga disse que "**não adianta tentar processar porque ele tem contato dentro do CRM** (Conselho Regional de Medicina). O pai dele trabalha no CRM, qualquer coisa que você fizer, vai sumir. Não é a primeira vez que ele faz isso aqui. Ele nem é médico, ele é residente. Não tem ninguém pra responder por ele. Ele sabe que pode fazer porque ninguém vai fazer nada.' e aí eu falei 'eu nem quero processar ninguém porque eu não quero reviver isso na minha vida'. (...) **daí a diretora veio e disse que eu tava muito nervosa, que as acusações que eu fiz eram muito graves e que eu poderia ser processada por calúnia e difamação. Eu ia ser processada? Não basta o que eu passei, eu iria ser processada?" J. (Rio de Janeiro/BR - 2020)***

Mesmo quando há uma visão crítica, que possibilita o sujeito se distanciar da realidade alienante, quando a violência deliberada é sistêmica a este nível, torna-se bastante

difícil iniciar qualquer transformação. Mesmo em relação à realização de queixas formais, apenas 3 das mulheres entrevistadas conseguiram queixar-se para a(o) médica(o) e, mesmo assim, tiveram suas queixas minimizadas e desconsideradas.

*"Eu coleí todas as minhas reclamações em uma mensagem e ele (o médico) negou que tinha feito o ponto do marido. (...) E quando minhas amigas me perguntaram por que você não falou nada?" e eu me dei conta que realmente eu não falei. (...) Todo mundo quer saber do bebê quando nasce, porque é uma coisa positiva (...) e daí você não quer falar 'ah, mas esse médico, blá.blá.blá'. Eu não queria causar problemas, eu acho.(...) **juntou a inabilidade de falar com focar no bebê. Se meu filho nasceu bem, o resto não importa assim.** (...) O problema do ponto do marido é que não pode provar. (...) A única pessoa que sabe se fez o ponto do marido é quem fez.(...) **Sempre que uma mulher faz uma denúncia, duvidam dela e quando não pode provar, é pior ainda.**" S. (São Paulo/BR - 2016)*

*"eu sei que eu to errada de não denunciar, que tem outras passando por isso, mas **não é fácil ter que reviver, sabe?(...)** Não tenho condições de fazer cirurgia de reconstrução. Não tenho condições de processá-lo. (...) O que eu sinto que me dá um pouco de justiça é falar sobre, é alertar as mulheres, é acompanhá-las para que não aconteça mais." J. (Rio de Janeiro/BR - 2020)*

Amanda, que teve seu intróito suturado ao meio, deixando-a com dois orifícios, queixou-se ao hospital e disseram que ela entraria na fila de espera para análise do caso.

*"Pensei em ir na justiça mas o meu **cansaço emocional** era tão grande que toda vez que eu pensava nisso eu acabava desistindo." A. (Santa Maria - RS/BR - 2021)*

Além da falta de disposição física e emocional que a mulher atravessa durante o puerpério, diante dos cuidados com o recém-nascido, ela ainda sofre a pressão social imposta pelo **patriarcado** de invalidar sua subjetividade diante das necessidades do bebê. Nota-se, no entanto, que ao longo dos depoimentos, o silenciamento acaba sendo o resultado das ações disciplinares que agem de forma sutil e eficiente contra as mulheres, até os dias de hoje.

*"Eu acredito que estas práticas se mantêm porque **as mulheres aprenderam a ficar caladas por uma questão de sobrevivência** (...) é um bocadinho como o desamparo aprendido, não é? Para que é que nós vamos (inaudível) se sabemos que não vamos ser ouvidas?" C. (Cascais/PT - 2013)*

*"Há muito mais pra além de saírem vivos da maternidade!(...) Eu **nunca me senti confortável a falar neste assunto**, mas no fundo, o que eu penso com o passar do tempo é que se não falarmos nas coisas, elas perpetuam-se, não mudam, e também não é uma coisa que eu desejo a ninguém. (...) Eu tenho uma tia obstetra e quando começaram essas coisas dos partos humanizados lembro-me dela dizer 'agora está na moda isto, as mulheres todas acham que são vítimas de tudo!' E isto é uma mulher a falar." C. (Porto/PT - 2016)*

Perguntei à depoente acima se ela havia conversado com a tia obstetra sobre o ponto do marido, ao qual ela tinha sido submetida, e ela respondeu:

*"Na minha família **não se fala sobre isso** (...) só se fala em 'leveí epidural ou não leveí epidural, demorou tantas horas, não demorou, mamou ou não mamou, e depois era gordinho, não era'. Todo o resto é um desconhecimento total." C. (Porto/PT - 2016)*

Como no caso da tia de C., as mulheres das gerações anteriores não entravam em detalhes sobre as dificuldades que existiam no parto, no puerpério, na maternidade. Por mais que esta realidade venha sofrendo transformações, juntamente com a atenção chamada pelas pautas femininas, ainda existem diálogos que não tem lugar, como por exemplo situações íntimas sobre a sexualidade no pós-parto, a recuperação dos genitais, períneo ou mesmo a recuperação emocional que tudo isto envolve.

As conclusões e aprendizados que envolvem a mulher e o seu corpo sexuado, gestante e puérpero, geralmente surgem da própria experiência, principalmente quando a mulher vive diferentes experiências de parto.

*"Eu só tive noção porque **pude comparar** um primeiro parto com o segundo parto, onde no segundo não tive as sequelas que tive no primeiro." A. (Faro/PT - 2015)*

*"Eu **conhecia muito pouco do meu corpo**. Eu não era acostumada a me ver, a pegar um espelho e olhar (...) Mal sabia o que era períneo ali. embora eu sempre fui muito instruída em várias coisas e achava que sabia tudo, mas na verdade não sabia nada." P. P. (parto 1: Belo Horizonte/BR - 2005; parto 2: Contagem/BR - 2007; parto 3: Cascais / PT - 2018)*

Dentre experiências em contextos tão diversos, mas que apresentam tantas similaridades, é possível fazer um apontamento bastante generalizado, que talvez seja restrito à amostra presente, mas que talvez possa encontrar correspondência na realidade obstétrica dos dois países analisados.

Apesar da pesquisa não se propor a realizar uma análise comparativa entre Brasil e Portugal, é possível constatar nos depoimentos das mulheres, que os casos de violências mais extremas e explícitas aconteceram no Brasil, enquanto o número de casos onde o “ponto do marido” foi feito de forma intencional, tendo sido verbalizado pelo profissional no momento da sua realização foi em Portugal.

Todas as depoentes mencionaram que pretendem, com seu depoimento, contribuir para a erradicação da violência obstétrica. Desta forma, esperemos que as convergências

históricas estejam propícias para as possibilidades de ação, conforme aponta Butler.

Quando agimos e agimos de forma política, estamos dentro de um conjunto de normas que estão atuando sobre nós de maneiras que nem sempre podemos saber. (...) Quando e se a subversão ou a resistência se tornam possíveis, não é porque eu sou um sujeito soberano, mas porque uma certa convergência histórica das normas no campo da personalidade incorporada abre possibilidades de ação. (Butler, 2009, p.12)

#### 4. RECOMENDAÇÕES

Como o “ponto do marido” é um procedimento invisibilizado pela sua não oficialidade técnica, é preciso buscar um caminho de erradicação que já foi percorrido no combate de práticas parecidas.

A discussão a respeito da não indicação médica da episiotomia ainda encontra muita resistência, visto que trata-se de uma prática arraigada em uma crença ultrapassada e sem fundamentação científica. Talvez o mais efetivo seja buscar os resultados na luta contra a Mutilação Genital Feminina, que mobiliza órgãos de saúde locais e internacionais em seu combate.

Em 1992, o Comité das Nações Unidas para a Eliminação e Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) aprova a recomendação n.19<sup>26</sup> onde surge pela primeira vez a palavra mutilação. Mas o flagelo que o fenómeno representa obrigou a que o caminho percorrido conduzisse, em 2012, a uma resolução das Nações Unidas onde a MGF/C é banida e onde os países são encorajados a tomarem todas as medidas necessárias para condenar as práticas que se verifiquem nos seus países. Esta resolução reflete o reconhecimento internacional da gravidade do fenómeno e da necessidade incontornável dos países tomarem medidas para o seu combate (EIGE, 2013b). (Lisboa, *et al* 2015 p.21)

Assim, as suturas obstétricas desnecessárias e as MGF realizadas pelos povos tradicionais de África tem em comum o fato de serem lesões corporais contra mulheres, que podem deixar sequelas físicas e psíquicas, leves ou graves, de forma permanente; e ambos procedimentos tratam-se de crenças mantidas e fundamentadas em mitos e tradições, sem fundamentações científicas que comprovem seus benefícios. Desta forma, é possível considerar que as recomendações da Organização Mundial de Saúde para erradicar a MGF

---

<sup>26</sup> Recomendação que se foca no fenómeno numa perspectiva da saúde.

servem também como medidas possíveis na tentativa de erradicar as suturas desnecessárias nos genitais femininos durante o parto.

As recomendações da OMS partem de três linhas de ação:

- no setor de saúde para o “desenvolvimento e implementação de diretrizes, ferramentas, treinamento e política para garantir que os prestadores de cuidados de saúde possam prestar assistência médica e aconselhamento a meninas e mulheres”;
- nas áreas de pesquisa e comunicação dos setores públicos e privados para “gerar conhecimento sobre as causas, consequências e custos da prática”;
- e no setor jurídico para o “desenvolvimento de publicações e ferramentas de defesa para os esforços internacionais, regionais e locais (...), incluindo ferramentas para formuladores de políticas e defensores para estimar a carga sanitária (...) e os potenciais benefícios de saúde pública e economia de custos (...).” (site WHO - consultado em março de 2022)

Corroborando com estas ações, é imprescindível que as mulheres se mobilizem para transformar esta realidade. Como afirma Lerner (2019), “a existência de grupos, associações ou redes econômicas de mulheres serve para aumentar a capacidade das mulheres de neutralizar as imposições de seu sistema patriarcal particular.” (p.296)

No caso do contexto obstétrico, é importante apoiar mulheres a registrem suas expectativas e desejos na criação de um plano de parto, que tem a função de informar os consentimentos e não consentimentos daquela mulher em relação aos procedimentos hospitalares que lhe compete escolher.

O “Inquérito Experiências de Parto em Portugal”, apurou que 81% das mulheres que participaram da pesquisa entre 2014 e 2019, não fizeram ou não entregaram (conscientemente ou não) o plano de parto para a equipe obstétrica. Isto demonstra que ainda é necessária uma sensibilização acerca da importância deste documento para uma experiência de parto mais satisfatória e com menos possibilidade de procedimentos não consentidos. Das inquiridas que entregaram o plano de parto, 18% considera que teve o plano de parto respeitado e 14% não.

Por outro lado, é preciso sensibilizar os(as) profissionais de saúde a respeitarem tal plano de parto, e a questionarem suas condutas padronizadas, as normas e a automatização

dos procedimentos no sistema hospitalar, estabelecendo relações de maior empatia e suporte à saúde psico-física das pacientes.

## CONCLUSÃO

Este estudo iniciou-se com o objetivo de constatar a existência ou não do procedimento popularmente conhecido por “ponto do marido” em Portugal e Brasil. A partir da constatação afirmativa, foram investigadas as questões que se desdobram sobre como o procedimento é realizado; quais as sequelas físicas e psicológicas para as mulheres; o que sustenta a manutenção e reprodução desta prática; e finalmente, como é possível erradicá-la?

A metodologia utilizada como ferramenta para a análise de conteúdo foi fundamentada em Bardin (1977), tratando-se de uma análise mista, com predominância da análise qualitativa sobre a quantitativa, acerca da problemática da “sutura desnecessária nos genitais femininos em contexto hospitalar”. O objeto de estudo foi submetido a uma análise a partir de três dimensões: dimensões físicas, dimensões subjetivas e dimensões das relações de poder, que foram subdivididas em indicadores, que representam as unidades de contexto.

Os instrumentos utilizados foram o chamamento via redes sociais, para buscar uma amostragem diversa de mulheres; a criação de um guião de perguntas, que buscou trazer os eixos temáticos; a gravação das entrevistas em vídeo; e a criação de uma grelha de excel para a realização da análise de conteúdo propriamente dita. A regra de enumeração foi a presença ou ausência dos indicadores nas unidades de registro, que foram os parágrafos válidos (com, no máximo, 10 linhas) transcritos dos depoimentos das mulheres.

Devido à ausência de pesquisas específicas sobre o tema nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, buscou-se um trabalho de campo envolvendo entrevistas com mulheres que passaram pela sutura em decorrência do parto vaginal e que acreditassem terem sido submetidas ao ponto do marido. As estratégias utilizadas para conseguir-se as entrevistas e organizar o material para a análise foram: o chamamento via redes sociais, para buscar uma amostragem diversa de mulheres; a criação de um guião de perguntas, que buscou trazer os eixos temáticos a um nível maior de detalhamento; a gravação das entrevistas em vídeo; e a criação de uma planilha de excel para a realização da análise dos trechos relevantes.

Para fundamentar a análise das entrevistas, foram abordados contextos macro que supõe-se sustentar e garantir a manutenção das práticas de violência obstétrica, assim como foram apresentados procedimentos oficiais de suturas desnecessárias nos genitais femininos, sendo eles a episiotomia e a mutilação genital feminina em contexto das culturas africanas. Ambos possuem descrição técnica, comprovação prática, discussões a respeito e luta por sua

erradicação. Traçando paralelos e cruzamentos entre estes conceitos e o “ponto do marido”, foi possível discorrer sobre esta prática velada do sistema obstétrico e sugerir caminhos para seu reconhecimento e sua erradicação.

Desta forma, os resultados encontrados através deste estudo apontam que, apesar de existir uma crença de que o “ponto do marido” não seja mais realizado, sendo relatado por muitos profissionais da saúde como um procedimento em desuso, realizado no passado por gerações anteriores, ou mesmo que seja considerado uma “lenda” ou “piada” machista sem correspondência na prática, os dados recolhidos através do trabalho empírico de entrevistas a mulheres brasileiras e portuguesas mostra que o procedimento tem sido frequentemente realizado, em Portugal e Brasil, nos dias atuais.

A comprovação da ocorrência do “ponto do marido” é fundamentada pelos depoimentos de mulheres, de diferentes locais em diferentes tempos, que relatam a verbalização do procedimento por parte de médicas (os) ou enfermeiras (os) durante a sutura em seus genitais no pós-parto. Os relatos mais recentes desta pesquisa datam de dezembro de 2021 no Brasil e até, pelo menos, 2018 em Portugal. As depoentes relatam também que o procedimento foi realizado e verbalizado por profissionais de diferentes faixas etárias, inclusive por um médico recém-formado que estava sob tutoria de um médico experiente, como ocorreu no Porto em 2016.

Através da descrição das profissionais de saúde entrevistadas, médicas e enfermeiras obstetras, é possível definir o “ponto do marido” como uma sutura realizada, por médicos(as) ou enfermeiras(os) após a episiotomia ou a laceração natural, em contexto de parto vaginal hospitalar, configurando-se como um ou mais pontos extras que estreitam o intróito do canal vaginal, com o intuito de causar uma reconstrução artificial de uma vulva com a entrada do canal vaginal mais estreita, buscando um aspecto “virginal” para proporcionar maior prazer sexual ao suposto parceiro da parturiente.

Este procedimento invasivo causa sequelas físicas e emocionais às mulheres. Dentre as sequelas físicas, destaca-se as dificuldades de voltar à vida sexual, dificuldades para sentar-se, urinar e defecar, exercitar-se, e dificuldades na cicatrização, gerando quelóides e enrijecimento da região onde havia elasticidade. Dentre as sequelas emocionais, destaca-se culpa, revolta, relação com o parceiro prejudicada e estresse pós-traumático.

Os fatores que sustentam e mantêm a prática do “ponto do marido”, assim como

as diversas formas de violência obstétrica, são as relações desiguais entre médicos e pacientes, asseguradas pela superestima tecnocrática e pela inquestionabilidade da instituição hospitalar. Além disso, a macro estrutura patriarcal normaliza o sofrimento e a violência praticada contra as mulheres, inclusive em contexto obstétrico.

Sendo assim, é possível que esta pesquisa ofereça um caminho no sentido da erradicação desta prática, por possibilitar uma conceituação formal que define o procedimento do “ponto do marido”, como também por identificar que o procedimento tem causado lesões corporais permanentes, leves a graves, sem que haja nenhuma evidência científica que justifique a reprodução e manutenção de tal prática, sendo possível classificar o procedimento como uma mutilação genital feminina.

A recomendação para que se nomeie o “ponto do marido” como uma forma de mutilação genital feminina tem o objetivo de que esta problemática seja enxergada como uma violação dos direitos humanos da mulher e, idealmente, possa mobilizar pessoas e instituições a criarem estratégias de erradicação desta prática.

É reconhecido que há ainda caminhos a serem aprofundados e aspectos a serem desdobrados a partir desta pesquisa, contudo, sendo possível colocar luz no procedimento do “ponto do marido” e reconhecê-lo como mutilação genital feminina em contexto obstétrico acaba por cumprir com o ideal partilhado por Gerda Lerner, descrito na abertura deste trabalho, ao buscar lógicas que ainda não foram utilizadas, pois mesmo que elas fracassem, já são válidas por configurarem-se como uma tentativa de subversão do pensamento hegemônico.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gestação e Parto - APDMGP, (2015). *Inquérito Experiências de Parto em Portugal*, 1a Edição. [https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiências\\_Part\\_Portugal\\_2012-2015.pdf](https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiências_Part_Portugal_2012-2015.pdf)
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gestação e Parto - APDMGP, (2020). *Inquérito Experiências de Parto em Portugal*, 2a Edição. [https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experiências-de-Parto-em-Portugal\\_2edicao\\_2015-19-1.pdf](https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experiências-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf)
- BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Editora Persona.
- BOLTANSKI, L. (2013). A sociologia da crítica, instituições e o novo modo de dominação gestonária. Tradução de Philippe Dietman. *Revista Sociologia & Antropologia*, v. 3, p. 441-463.
- BOURDIEU, P. (1995). A dominação masculina. *Educação & Realidade*.
- BUTLER, J. (1998). Performativity's Social Magic in: Richard Shusterman (Editor). *Bourdieu: A Critical Reader*. Critical Readers. Blackwell.
- \_\_\_\_\_. (2009). Performativity, precarity and sexual politics. *Revista de Antropología Iberoamericana*. Volume 4, Número 3. Antropólogos Iberoamericanos. p.01 - 13.
- CEREJO, S. D. A. (2014). *Viver sobrevivendo : emoções e dinâmicas socioculturais nos processos de manutenção das relações conjugais violentas*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/14101>
- CREMA, R., LELOUP, J., e WEIL, P. (2003). *Normose, a patologia da normalidade*. Editora Verus.
- CREWELL, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto*. Artmed.
- FEDERICI, S. (2017). *O Calibã e a Bruxa: Mulheres, Corpo e Acumulação Primitiva*. Editora Elefante.
- FOUCAULT, M. (1989). *A Microfísica do Poder*. 8. ed. Editora Graal.
- GUERRA, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Lucerna.

- LEAVITT, J. W. (1988). Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics. *American Journal of Public Health*. Vol. 78, No. 10. (P. 1353- 1360)  
<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.78.10.1353>
- LERNER, G. (2019). *A Criação do Patriarcado*. Editora Pensamento.
- Nascer no Brasil. (2021). *Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidade da Rede Cegonha*.  
[https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha\\_Sumario.pdf](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf)
- MARTINS, A. (2003). Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.4, p.2-32, set.2003-fev.2004.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2014). *Declaração de Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf)
- PASCOAL, P. M.; ROSA, P.; COELHO, S. (2019) Does Pregnancy Play a Role? Association of Body Dissatisfaction, Body Appearance Cognitive Distraction, and Sexual Distress. *The Journal of Sexual Medicine*. p.1-8.  
<https://www.psicologia.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2020/03/Pascoal-Rosa-Coelho-2019-Pregnancy-and-Distress.pdf>
- PRECIADO, B. (2008). *Testo Yonqui*. Editora Espasa.
- Rede Parto do Princípio. (2012). *Violência Obstétrica - Parirás com Dor*.  
<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- RIBEIRO, M. A. R. (2020). La episiotomía como práctica cultural de género: otro caso de «mutilación genital femenina». *Revista de Investigaciones Feministas* 11(1), 77-87.
- United Nations - UN (2019) Report A/74/137 *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus*

*on childbirth and obstetric violence.*

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/27/PDF/N1921327.pdf?OpenElement>

- VICENTE, L. (2019). *O Atlas da V*. Editora Arena.
- WHO. (2022, março). World Health Organization website. *Female Genital Mutilation*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- World Health Organization - WHO. (2018). *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=57EC0BDE40F0A3468132E210BAE95ADE?sequence=1>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Demonstração de como é feito o corte médio-lateral da episiotomia -----	16
Figura 2 : Relações entre os contextos sociais que envolvem as suturas desnecessárias nos genitais femininos em ambiente hospitalar -----	49
Figura 3 : Contextos sociais exemplificados -----	50
Figura 4: Foto divulgada nas redes sociais como instrumento para convocar as entrevistadas -----	51
Figura 5: Modelo de Análise do Conteúdo das Entrevistas -----	57
Figura 6: Resultado quantitativo do conteúdo -----	59

## ANEXO 1

### GUIÃO DE ENTREVISTA

**As instruções e perguntas a seguir foram feitas às mulheres que foram submetidas à sutura no parto vaginal em contexto hospitalar:**

- Fazer minha apresentação pessoal e contar minhas motivações para realizar este estudo.
- Iniciar a gravação pedindo que digam: “Eu me chamo (nome) e autorizo o uso da minha voz e imagem para este trabalho”.
- Eu digo: “Estou aqui para te ouvir.”
- Ouvir o que quiserem compartilhar. Sem pressa.
- Fazer perguntas que não tenham sido respondidas espontaneamente durante o depoimento ou que necessitam detalhamento:
  - “Por que acredita que tenha sido submetida ao ponto do marido?”
  - “O(a) obstetra mencionou ter feito o ponto do marido? Outro profissional lhe afirmou isto? Você sentiu que havia algo errado ou diferente no canal vaginal?”
  - “Caso tenha passado por Episiotomia, foi comunicada? Em que momento? Teve consentimento?”
  - “Como foi a recuperação física no pós parto? Por exemplo, houveram desconfortos para ter relações sexuais, urinar ou defecar, sentar-se, fazer exercícios físicos ou dificuldades na cicatrização? Detalhe, por favor.”
  - “Como sentiu-se emocionalmente? Teve algum destas ocorrências: lembrança frequente do ocorrido, choro, culpa, revolta?”
  - “Considera ter vivido um trauma?”
  - “Teve estresse pós- traumático ou depressão pós-parto?”
  - “Era seu primeiro parto?”
  - “Qual era o gênero do profissional que realizou a sutura?”
  - “Houve anestesia durante o procedimento de corte ou de sutura?”

- “Considerou que o que viveu era normal?”
- “Teve seu relacionamento com o bebê afetado? E com o parceiro?”
- “O atendimento foi público ou privado?”
- “Você considera que viveu violência obstétrica? Física, psicológica ou ambas?”
- “Você considera que, em algum momento, houve abuso de poder por parte de algum profissional?”
- “Você chegou a fazer uma queixa formal?”
- “Porque você acha que estas práticas (ponto do marido /episiotomia / violência obstétrica) se mantêm?”
- “Como você espera que o compartilhamento do seu depoimento impacte este cenário?”