



A medicalização do parto sob a análise do feminismo materialista

The medicalization of childbirth under the analysis of materialist feminism

*Rosiléa Clara Werner*¹
*Lara Carolina Malanowski*²

RESUMO

O artigo aborda a medicalização do parto sob a ótica do feminismo materialista. Ao final, são trazidos relatos de mulheres sobre seu ciclo gravídico-puerperal. A medicalização do parto tem na materialidade do corpo feminino sua existência e perpetuação e deve ser analisada compreendendo o contexto de opressão feminina.

PALAVRAS-CHAVE: Medicalização do Parto. Feminismo. Opressão Feminina.

ABSTRACT

The article addresses the medicalization of childbirth from the perspective of materialist feminism. At the end, women's reports are brought about their pregnancy-puerperal cycle. The medicalization of childbirth has its existence and perpetuation in the materiality of the female body and must be analyzed in the context of female oppression.

KEYWORDS: Medicalization of Childbirth. Feminism. Female Oppression.

* * *

Introdução

Segundo as análises da abordagem materialista francófona, o feminismo é um movimento de libertação das mulheres que deve ser analisado priorizando o social - estruturas, relações e práticas sociais - e não as reduzindo ao capitalismo (DELPHY, 1992). Ainda, segundo a teoria, as mulheres devem ser compreendidas enquanto classe sexual, isso é,

¹ Doutora em Serviço Social pela PUC/SP em 2010, professora aposentada da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), atualmente interlocutora do Projeto VigiArSUS pelo Ministério da Saúde. E-mail: rosileawerner@yahoo.com.br

² Assistente Social graduada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, Paraná - Brasil. Atualmente realiza Pós-graduação *lato sensu* no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – RIMS/HU/UFSC/EBSERH, na Ênfase Saúde da Mulher e da Criança. E-mail: malanowski.larac@gmail.com

considerando a divisão sexual do trabalho existente na sociedade capitalista e patriarcal.

Tendo em vista que, na perspectiva do feminismo materialista, a análise pondera-se na realidade concreta, resultada de fatores estruturais, o fenômeno aqui analisado – medicalização do parto –, deve ser compreendido na sua “condição macroestrutural das desigualdades entre os sexos” (DIAS, 2018, p. 15). Isso é, as situações desiguais ocorrentes no ciclo gravídico-puerperal são atravessadas por contextos de opressão ao sexo feminino, que ditam regras e normas sociais de como as mulheres devem portar-se, controlando-as e moldando-as, seja através da religião, da família, da ciência ou do trabalho.

Nesse contexto, “[...] particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, baseada principalmente em sua biologia, e através dela a sua condição feminina será naturalizada.” (VIEIRA, 2002, p. 19). Ou seja, através da materialidade do corpo feminino, conjuntamente com as relações trabalhistas desiguais, a reprodução social de exploração e apropriação feminina perpetua no seio do sistema capitalista, racista e patriarcal.

Em todo esse discurso de controle do corpo feminino, que se insere o saber médico enquanto profissão hierarquizada socialmente, de domínio masculino, que vê esse corpo como objeto de saber, tratando-o horas silenciado e horas exaltado, porém, em ambos os casos, a mulher é subordinada e limitada por fronteiras sociais do que cabe ou não ao seu corpo. Entrelaçado a isto, a transferência do parto domiciliar para o ambiente hospitalar – a institucionalização do parto –, intensifica as normas e burocracias no processo gravídico-puerperal, medicalizando o parto e reduzindo o protagonismo e autonomia feminina de um ato fisiológico que deve ter como principal autora, a mulher.

1 Institucionalização da misoginia

Ao longo dos tempos, construiu-se um modelo social predominante que impede a mulher de ser protagonista de sua própria história. Esse modelo

pré-determina formas de conhecimento e ação (BRASIL, 2001) em todas as esferas da vida, aqui focalizado no ciclo gravídico-puerperal. O fenômeno da medicalização do parto, abordado nesse artigo, não pode ser analisado desprendido do conceito de gênero, categoria essa criada socialmente e culturalmente como ferramenta de opressão, para designar valores que estipulam o que é ser homem e ser mulher, baseado em suas biológicas.

Segundo Arendt (2004), a hierarquia social acompanha a sociedade desde seus primórdios, ou seja, sempre deve haver um superior, o qual torna os demais inferiores a ele. Nesse sistema de gênero, as mulheres são socializadas com aspectos que contribuem para a submissão feminina, enquanto moças frágeis, com comportamentos dóceis e delicados, roubando-lhes a capacidade do uso do poder e da razão; e os homens, são incentivados a estarem em posição de superioridade, adotando condutas agressivas que demonstram força e coragem (SAFFIOTI, 2015).

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. (BEAUVOIR, 1980, p. 9).

Beauvoir, filósofa existencialista, ao fazer essa citação, compreende que ser mulher não é um dado natural. Não existe uma essência feminina que nasce com as mulheres, mas sim uma construção dessa essência a partir da sua existência, sendo assim, o tornar-se mulher deferido pela autora diz respeito à socialização na qual as mulheres são impostas até mesmo antes do nascimento, que designa os papéis sexuais como, por exemplo, a menina que ao nascer, tem suas orelhas furadas para ser identificada socialmente como o sexo feminino.

O corpo feminino é falado, invadido, investigado e (re)significado por múltiplas áreas do conhecimento. Ou seja, busca-se reformular, corrigir e/ou disciplinar suas falhas, de modo que seja aceito na sociedade, levando em conta as regras e normas sociais impostas, demonstrando como a misoginia opera em corpos femininos. Exemplos disso estão as cirurgias plásticas,

pílulas para emagrecimento, métodos contraceptivos (em sua grande maioria femininos), tabu da masturbação, “loucura” menstrual, criminalização do aborto, depilação, controle da libido, feminilidade, cirurgia cesariana.

As características físicas e morais, as qualidades atribuídas ao sexo, dependem das escolhas culturais e sociais e não de um gráfico natural que fixaria ao homem e à mulher um destino biológico. A condição do homem e da mulher não se inscreve em seu estado corporal, ela é construída socialmente. (LE BRETON, 2007, p. 66)

Tendo em vista que o patriarcado segue reinando a partir do controle sob o sistema reprodutor feminino e sua capacidade de gestar, parir e amamentar, o ciclo gravídico-puerperal é um evento que, mesmo fisiologicamente feminino, foi modificado e apropriado por pessoas além da própria mulher que está gestante, intensificado pela transferência do parto domiciliar para o parto hospitalar, a partir da inserção da figura masculina nesse processo, representada pela área de conhecimento da Medicina, culminando no modelo tecnocrático-hospitalar, que permite intervenções desnecessárias e/ou invasivas à parturiente, refletindo diretamente no protagonismo e autonomia feminina (VIEIRA, 2002).

2 O controle dos corpos e a mulher

O século XVIII, marcado pelo Iluminismo, traz uma promessa: a ciência como um saber neutro. A racionalidade vem acompanhada dessa neutralidade e insere a Medicina como área do saber técnico-científico, de domínio masculino. Com o advento do capitalismo, no final do século XVIII e XIX, o corpo passa a ser entendido como força de produção, força de trabalho e, assim, a sociedade controla os indivíduos não apenas pela sua ideologia e consciência, mas sim pelos seus corpos (FOUCAULT, 1998), visto que o capitalismo “[...] só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos.” (FOUCAULT, 1998, p. 153). É nesse

sentido que a medicina - saber científico - investiu no somático, biológico, corporal, visto que “[...] o corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.” (FOUCAULT, 1998, p. 80).

Entrelaçada aos interesses de controle populacional, disciplinarização dos corpos - força de trabalho - e em uma lógica de higienização dos espaços e relações sociais, a medicina moderna surge como maneira legitimada socialmente e naturalizada de controle dos corpos, os tornando patológicos em sua essência, proliferando e retroalimentando a medicalização social. Nesse contexto, o papel social do médico e da medicina é hierarquicamente elevado, cabendo à figura do médico também as funções de educador e guardião da moral e dos bons costumes. “O moralismo médico vai nortear-se pela preocupação com a prole, pois os filhos saudáveis serão fundamentais para a felicidade do casal, mas também para a felicidade de nação.” (MATTAR, 2016, p. 80).

No final do século XVIII, durante a Revolução Francesa, a qual pregava princípios como liberdade e igualdade, já se preocupava com a diferença entre homens e mulheres, principalmente por parte de médicos. O corpo feminino deixa aparente a natureza eminentemente hierárquica e não democrática, ou seja, plena de desigualdades.

O homem branco, civilizado, europeu representaria a maturidade evolutiva em contraste com a mulher, o negro, o primitivo, o não-europeu. A própria natureza já definia as escalas e os valores. Os cientistas apenas serviam como intérpretes de suas determinações. A junção desse tipo de perspectiva teórica com a visão de mundo de homens educados em um ambiente de privilégio da autoridade masculina e forte distinção entre as esferas pública e privada e entre as funções sociais de homens e mulheres é que estaria na raiz da produção de conhecimento sobre a mulher e a diferença sexual no século XIX. (RUSSETT, 1995 *apud* ROHDEN, 2001, p.27).

Intrinsecamente relacionado ao capitalismo, a ideia de higienização da mulher e das crianças como maneira de aparência social, de limpeza das cidades, de ajustamento de corpos potencialmente defeituosos, as mulheres

que iam contra essa lógica e, não apenas isso, questionavam esses valores e buscavam a emancipação feminina eram vistas como ameaças à ordem da burguesia e do capital, pois, na época, uma vida saudável e moralmente correta era o matrimônio, devido à procriação, mostrando então que desde o século XVIII, a natureza feminina era vista somente e principalmente pelos órgãos reprodutivos.

Discursos e vivências anteriores ao referido século também devem ser levadas em conta para a análise dos fatos que culminaram na medicalização do parto, como a criminalização governamental e religiosa no século XVI de partejar, em que as mulheres eram acusadas “[...] de serem bruxas e assassinas de crianças” (FEDERICI, 2017, p. 176-7), de modo que a caça às bruxas “[...] fez parte de uma estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura de doenças e legitimá-lo como saber médico através das universidades criadas no Renascimento.” (VIEIRA, 2002, p. 48).

A teologia cristã também foi um importante fator de regulação feminina, a qual em sua essência traz a mulher como submissa, representada pela “dona do lar”, responsável pela criação e educação das/os filhas/os, defendendo então um sistema patriarcal, começando a partir da família nuclear. Importante também atentar-se à imagem e condição de pecadora posta à mulher já trazida pelo episódio de Adão e Eva, citado no Gênesis, da Bíblia; colocando que “[...] mais acessível às tentações da carne e da vaidade, ela tornou-se culpada, por suas fraquezas, da infelicidade do homem. Ela aparecerá, na melhor das hipóteses, como uma criatura fraca e frívola.” (BADINTER, 1985, p. 34).

É da religião cristã também a ideia de o homem ser o provedor da família, ou seja, o chefe do casal, tendo o poder de ordenar e normatizar as relações familiares, pois defende o dogma de que o homem foi criado anteriormente e deu origem à mulher: “E da costela que tinha tomado do homem, o Senhor Deus fez uma mulher, e levou-a para junto do homem. Eis agora aqui – disse o homem – o osso de meus ossos e a carne de minha carne;

ela se chamará mulher, porque foi tomada do homem.” (BÍBLIA, Gênesis 2, 22:23).

Aos poucos, o cristianismo irá sinalizar que a mulher detém maior poder sobre as/os filhas/os do que os homens, pois prescreve deveres os quais eles não conhecem, recebendo então maior representatividade, pois “Tornava-se, em consequência, o eixo da família. Responsável pela casa, por seus bens e suas almas, a mãe é sagrada a ‘rainha do lar’.” (BADINTER, 1985, p. 222). Com isso, a maternidade torna-se um papel gratificante, pois com essa responsabilidade posta à mãe, a esposa começa a impor-se mais ao marido e, até mesmo, enquanto mãe, ter o poder da última palavra. (BADINTER, 1985).

De fato, ao longo da história da humanidade, o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. Nas diferentes sociedades, esse corpo tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas. (VIEIRA, 2002, p. 25).

Visto a relação das mulheres com o cumprimento de normas sociais, e a normalidade instituída como sexualidade procriadora; o aborto, a masturbação, homossexualidade, as relações extraconjugais e prostituição eram consideradas doenças, essas vistas como “[...] causa de desorganização e de mau funcionamento social.” (VIEIRA, 2002, p. 22) e, portanto, necessárias de correção, sendo essas mulheres consideradas potencialmente degeneradas, loucas e criminais, pois a noção de saúde da mulher era apenas relacionada à sua sexualidade com fins reprodutivos dentro de matrimônio (TURNER, 1987).

3 O modelo tecnocrático-hospitalar

Historicamente, o parto em ambiente domiciliar era acompanhado por mulheres, parteiras ou comadres, que eram pessoas de confiança da gestante e obtiam certa experiência e conhecimento acerca dos mecanismos de reprodução. (PROGIANTI; BARREIRA, 2001). Ou seja, a participação no

parto era majoritariamente feminina, pois a assistência à parturiente era tida como “assunto de mulheres”, em que as parteiras proporcionavam um ambiente emocional favorável, através de crenças, talismãs e orações para aliviar a dor das contrações. (SATO; BRITO, 2014). Devido à essa posição de “benzedoras”, as parteiras começam a ser relacionadas como feiticeiras, o que levou o Estado e a Igreja a intervenções com o objetivo de impedir a realização de abortos e infanticídios. Dentre as muitas mulheres queimadas pelas fogueiras da Inquisição, estavam as parteiras, como já citado anteriormente; transformando assim sua prática em uma atividade suspeita e marginalizada. (FEDERICI, 2017).

Esse período de “caça às bruxas” deve ser entendido como parte da história de exclusão das mulheres do parto, assim como a medicina, instituída com linguagem puramente técnica e sendo uma educação universitária, que se tornou uma atividade reservada aos homens. (VIEIRA, 2002). Como as parteiras foram marginalizadas, “[...] as mulheres perderam o controle que haviam exercido sobre a procriação, sendo reduzidas a um papel passivo no parto” (FEDERICI, 2017, p. 177), era necessário chamar físicos ou cirurgiões em casos de emergências, visto que as parteiras não sabiam manejar aparatos como o bisturi e o fórceps. A partir desse contexto, o parto passa a ser vivido de forma pública, com a presença de diversos atores sociais; e não como algo íntimo, privado e, principalmente, feminino. Essa dicotomia entre médicos e parteiras estendeu-se ao longo dos tempos, pois as parteiras, não tendo o acesso ao conhecimento universitário, colocaram-se em uma posição subordinada aos cirurgiões, afastando-se, pouco a pouco, da prática obstétrica. A introdução da obstetrícia como ciência traz consigo a figura masculina legitimada, resultando na implantação do parto horizontal e da episiotomia; como também o capitalismo eminente, que possibilitou a institucionalização do parto, visto que a capacidade de produzir filhos vivos e saudáveis, possibilitava o aumento populacional e, conseqüentemente, um projeto de riqueza e poder governamental. (MOTT, 2002).

O hospital, como instrumento terapêutico, surgiu no final do século XVIII, mostrando-se “[...] como máquina de curar e que, se produz efeitos

patológicos, deve ser corrigido.” (FOUCAULT, 1998, p. 101). Anteriormente a este século, o hospital era um local de assistência aos pobres, entendidos como doentes, perigosos (contagiosos) e necessitados de salvação, não destinado à cura. Juntamente com os pobres, encaixavam-se as prostitutas, os loucos, e demais pessoas que iam contra as normas sociais impostas. A disciplina, como exercício de poder, como controle, exercido a partir da vigilância, da inserção de corpos em um espaço individualizado, compondo um registro contínuo de informações; introduzida no hospital que possibilitou sua medicalização. (FOUCAULT, 1998).

É, portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. (FOUCAULT, 1998, p. 107-8).

A medicina compreendida como saber-poder e os hospitais sendo espaço de seu exercício, introduzem a noção de risco, de saúde e de morte. Desse modo, pode se entender por que os partos foram transferidos gradativamente para o hospital, devido a um discurso de que nele se pariria melhor, com mais segurança e eficiência. Primeiramente, havia certa resistência das mulheres com o parto hospitalar, que temiam a febre puerperal, se sentiam envergonhadas de exporem o corpo nu no momento do parto e temiam o risco de vida, devido à inexperiência dos médicos. (CARNEIRO, 2015). Aos poucos a confiança social na medicina e sua instrumentalização cresce e o parto medicalizado é entendido como o mais rápido, seguro e indolor tanto por parte dos médicos quanto das mulheres.

A assistência ao parto é então alterada de:

[...] ofício à profissão, de *affaire de femmes* para assunto de homens, de pobres para elites escolarizadas, das mãos negras para luvas brancas, do rural para o urbano, de saberes populares para saberes científicos, de corpos pulsantes para corpos patológicos, de técnicas mecânicas e ritos espirituais para técnicas químicas, de uma percepção abrangente para um olhar esquadrinhador e meticuloso. (TORNQUIST, 2004, p. 98).

Com essa institucionalização do parto, antes o que era entendido como um fenômeno de dimensão emocional, psíquica, pessoal, social, cultural, sexual e espiritual, foi reduzido à uma dimensão puramente biológica. Dessa maneira, aos poucos, retirou-se da parturiente sua autonomia e seu protagonismo no parto, perdendo então a possibilidade de decisão sobre seu próprio corpo, visto que

[...] as máquinas e a tecnologia reforçariam a noção de que o corpo feminino é potencialmente defeituoso, de que o avental e a etiqueta despessoalizariam as mulheres; de que a raspagem dos pelos pubianos a infantilizariam com o intuito de transmitir a ideia de que elas não têm a capacidade de decidir o que seria o melhor, enquanto o exame de toque rotineiro indicaria o não pertencimento de seu próprio corpo (DAVIS-FLOYD, 2009 apud CARNEIRO, 2015, p. 64).

Esse processo pode ser definido como o modelo tecnocrático-hospitalar do parto, o qual separa-se mente e corpo, tornando o corpo uma máquina, ou seja, “[...] cogita a possibilidade de a mensagem maior ser a de que não é a mulher que dá à luz, mas o poder patriarcal estatal.” (CARNEIRO, 2015, p. 64). O modelo em questão, pode ser entendido como o reflexo da medicalização da sociedade, no sentido aqui exposto, a medicalização do parto, sendo compreendido juntamente com a globalização e o desenvolvimento da ciência, tecnologia, do sistema capitalista, pautado no lucro econômico e, não menos importante, pautado sobre o controle do corpo feminino. Dessa forma, na dinâmica dominante do parto, “[...] o hospital se tornou uma fábrica, o corpo

da mãe uma máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial.” (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 02, tradução da autora.)

Compreende-se então, que é nesse contexto de transição do parto domiciliar para o parto hospitalar, onde a instrumentalização foi legitimada³, resultando no modo de atenção do modelo tecnocrático-hospitalar, que se insere a medicalização do parto. Não apenas isso, a medicalização reflete os procedimentos invasivos, dispensáveis e potencialmente iatrogênicos, podendo ser definida como “[...] um processo através do qual problemas não-médicos passam a ser emoldurados e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios.” (CONRAD, 2007, p. 4, tradução da autora).

A medicina se mostra como uma das mais fortes fontes da ideologia sexista ao tratar a gravidez e a menopausa como doenças, transformando a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

Diante de todo esse contexto, o parto ao tornar-se um evento médico e hospitalizado, inscrito no modelo tecnocrático de atenção, não deve ser compreendido descolado de uma conjuntura social, econômica e cultural, envolvendo diversos atores, aqui analisado sob a teoria feminista materialista. Necessita ser incluso em uma dinâmica não-linear, pois a história não é intacta, de modo que nos dias atuais enquanto uma mulher consegue realizar um parto menos medicalizado, outra pode vir a ter um parto hipermedicalizado, culminando em diversas facetas da violência obstétrica.

4 Relatos

Para intensificar o debate, analisa-se falas retiradas de entrevistas realizadas pelo “Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Saúde Reprodutiva, Comunicação em Saúde e Direitos Humanos” da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, que realizou a pesquisa

³ Essa legitimidade ocorreu devido à melhoria dos indicadores de saúde, como a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. (BRASIL, 2010).

“Representações femininas sobre morbidade materna e infantil em decorrência da assistência ao parto e nascimento em Ponta Grossa - PR”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, com Parecer no 1.617.352.

O Núcleo realizou entrevista com 21 mulheres, as quais tiveram contato com a Pesquisa através do método “bola de neve”, técnica essa que se configura pelas participantes fazerem parte de indicações de demais mulheres e/ou provocações em redes sociais. Houve a realização de entrevistas semiabertas, com roteiro pré-estabelecido e com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para a coleta de dados, sendo gravadas através de aparelho digital e, posteriormente, realizada a transcrição das entrevistas. O critério utilizado para o uso das entrevistas, diz respeito às mulheres que vivenciaram uma gestação de baixo risco, resultando em uma amostra de 16 mulheres.

Como exposto no decorrer deste artigo, os hospitais representam o espaço do exercício do saber-poder da medicina, acompanhado do controle e da disciplinarização dos corpos, através de normas e regras institucionais, possibilitando a medicalização. Os conceitos para se compreender a organização das instituições como núcleos de poder se configuram em: hierarquia, ordem e disciplina, ou seja, a subordinação combinada com algo que garanta sua estrutura e que assegure as relações sociais (LUZ, 1981). A seguir, apresenta-se falas das entrevistadas que demonstram a percepção das mulheres em relação a institucionalização do parto.

E eu demorei muito para sair da sala do parto ali. Minha mãe falou que eu demorei cerca de uma hora, uma hora e meia para sair do quarto. Todas as mulheres entravam e saíam antes de mim e eu continuava lá. Depois, antes de subir para o elevador, lembrando agora, *eles me deixaram em uma ala, tipo um corredor*, sabe? Tinha uma moça que tinha perdido um bebê do meu lado e eu lembro que ela falava muito: “Meu filho, meu filho, perdi meu filho”. Eu imagino que ela tinha perdido naquela hora. Me deixaram nesse corredor. Eu imagino que não demorou muito para eles fazerem o procedimento, de sutura lá. Eu imagino que eles me deixaram no corredor, para ver se eu iria acordar

ou... *não sei se é procedimento ter que ficar mesmo naquele corredor*. Eu me lembro que eles me deixaram lá. (Entrevistada 15).

[...] eu sabia que eu não podia ir pro hospital cedo demais, porque quando a gente vai muito cedo, a gente corre muito o risco de intervenção né, porque *o hospital tem dificuldade pra esperar esse tempo* (Entrevistada 5).

[...] vou ficar em casa, se eu estiver em casa sozinha, aí ele quiser nascer, melhor ainda, porque eu não quero ir para o hospital [...], *hospital para mim é lugar de gente doente e eu não estava doente, não precisava ir para o hospital porque meu neném ia nascer*. (Entrevistada 06).

Com as falas, é evidente o controle feminino a partir do tempo médico e normas hospitalares, que não permite o vagar das sensações, expressões e intensidade, ou seja, desconsidera o processo de sentir lentamente a transformação dos corpos e a intensidade da experiência. (CARNEIRO, 2015). Ainda, em relação a hospitalização, as seguintes falas demonstram mulheres que tiveram seu direito ao/a acompanhante negado, lei em vigor no Brasil desde 2005, denominada Lei do Acompanhante (Lei 11.108). Essa lei garante a presença de uma/a acompanhante para a mulher no momento do parto, indicado/a pela mesma. (BRASIL, 2005).

Mas ali na hora *eu queria que a minha mãe estivesse junto*, que querendo ou não, a mãe da gente é a mãe da gente. A gente se apoia em tudo. Ela falou até em entrar, só que *eles não deixaram* [...] (Entrevistada 04).

Não gostei porque eles *não deixaram meu marido subir* lá em cima no centro cirúrgico ver ela. Deixaram só na hora que ela nasceu. Mas era só quinze minutos e ele já tinha que sair. E não deixaram ele ficar muito tempo. Eu achei que ele teria mais tempo de acesso. (Entrevistada 12).

Muitas mulheres relataram situações em que a vontade médica sobressaiu às suas vontades e seus desejos como, por exemplo, a indicação à cirurgia cesariana ou a indução do parto vaginal, sem ser necessariamente

baseada em evidências⁴. Segundo Rede (2002, p. 17), “Isso se deve à crença médica na superioridade da cesárea no que se refere à segurança e ao conforto materno e fetal e também a fatores ligados à conveniência dos profissionais”.

Eu cheguei aqui ao Hospital por parto normal e eu tive dilatação até 9 [cm]. Mas o [bebê] nunca desceu e já lá... *o médico chegou e disse que teria que ter imediatamente cesárea.* (Entrevistada 11)

[...] ele [médico] falou: “Ela não vai nascer já, mas *a gente vai fazer a cesárea antes de começarem as contrações.*” (Entrevistada 02)

Ele perguntou o que eu queria, como eu queria o meu parto. *Eu falei que eu queria o parto natural e queria que fosse domiciliar.* Ele só falou que *ele era contra o parto domiciliar*, porque ele acha que hoje em dia com o avanço da tecnologia a gente tem a possibilidade de fazer no hospital para qualquer intercorrência que ocorra durante o parto com o bebê. *Ele achava que era um risco desnecessário ter em casa.* (Entrevistada 16)

[...] a gente ia fazer na sexta, mas ele [o médico] falou: “Não, vamos esperar passar o final de semana e a gente faz na terça [...]”, *foi ele que escolheu a data*, e o centro cirúrgico ia estar mais disponível. (Entrevistada 02)

O último médico, o que fez o parto, falou que ele estava passando da hora de nascer. Foi o que ele me falou. Falou: “*Não tem como esperar mais porque ele está passando da hora de nascer*”. Tanto que eu nunca vi uma *cesárea a fórceps*. Tiraram ele a fórceps porque ele já estava encaixado para nascer. Eu só não tinha dilatação, né. Meu corpo não respondia às contrações. Daí eles tiraram ele a fórceps. Até afundaram aqui a cabecinha dele, nasceu bem para dentro. Sabe? Tanto aqui como a parte de trás, porque na hora de puxar... Sem contar que a minha anestesia não pegou. A hora que eles foram fazer o parto a anestesia não pegou. *O médico achou que eu estava mentindo que não tinha pego a anestesia, e ele furou meu pé, umas três vezes mais ou menos.* Aí

⁴ A medicina baseada em evidências configura-se como um conjunto de pesquisas acerca da eficácia e segurança de procedimentos médicos, principalmente ginecológicos e obstétricos. (CARNEIRO, 2015).

quando ele viu que eu gritei, que eu estava sentindo mesmo... (Entrevistada 15)

A entrevistada 15 vivenciou um parto hipermedicalizado, visto que utilizaram fórceps em uma cirurgia cesariana, além de ser violentada fisicamente ao ter seu pé furado para o médico confirmar que a anestesia não tinha sido eficaz. A fala da entrevistada mostra que além do erro médico na aplicação da anestesia, o médico a violentou fisicamente ao furar seu pé para “comprovar sua dor”, ao oposto de simplesmente acreditar em sua palavra e sentimento, respeitando-a. A violência física se caracteriza por “[...] ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.” (SMOLENTZOV; MOTERAN, 2017, p. 117).

Ainda, segundo a Entrevistada 02: *“Médico é capaz de mudar o pensamento da gente. E foi por isso também que eu fui na cesárea, mas hoje já pensaria duas vezes”*, ou seja, a entrevistada deixa explícito a interferência médica na vontade da mulher, segundo sua vontade, sua opinião acerca do tipo de parto escolhido foi moldada pelo profissional médico, porém em caso de outra gestação, de acordo com sua experiência, ela iria optar pelo parto vaginal.

Por fim, algumas entrevistadas relataram situações em que não foi solicitado o consentimento das mesmas para realizar algum procedimento. O consentimento informado é considerado um direito humano e questão de justiça social pelo Programa Maternidade Segura da Organização Mundial da Saúde e diz respeito à informação, baseada em evidências científicas, cedida pelos profissionais, anteriormente aos procedimentos a serem realizados. (SOUZA, 2005).

[...] eu lembro que eu estava com ele no colo, *puxaram minha placenta*, porque eu senti puxando assim meu cordão, aí saiu. Eu lembro que veio a enfermeira e falou: “Eu vou aplicar uma injeção em você”, daí eu falei assim: “Mas o que é essa injeção?”, e o médico falou: “Ah não, é ocitocina sintética”, daí eu: “Mas meu neném já nasceu...”, *quando eu vi essa injeção já estava na minha perna*,

gente, até os sete meses do meu bebê essa injeção ainda doía na minha perna.
(Entrevistada 06)

[...] sete horas trocou o médico, era um “brutamonte” que “*enfiou*” o *dedo em mim, tirou o meu tampão* e nossa, senti muita dor nessa hora. Tirou meu tampão e disse que não ia mais dar comprimido, que não precisava. Só que essa hora eu senti muita dor. (Entrevistada 03)

E daí *eu tava com a mão amarrada*, outra coisa que eu queria ter pedido para não fazerem e acabei também esquecendo. (Entrevistada 16)

Aplicaram para mim ocitocina ao final. *Isso tampouco perguntaram*, falaram, era preciso acelerar o parto. (Entrevistada 08)

A equipe profissional de saúde deve informar à gestante acerca dos procedimentos que irá realizar, baseados em evidências científicas, tendo então seu consentimento. Os relatos acima mostram situações que interferiram diretamente na autonomia e protagonismo feminino no parto, pois as mulheres demonstraram desconforto e tristeza em ter seus corpos violados e suas vontades desrespeitadas por procedimentos ou ações da equipe profissional. Para a tomada de decisão, as gestantes devem ter acesso a informações acerca de seus direitos, para assim desenvolverem uma atitude ativa frente às situações do ciclo gravídico-puerperal. (SOUZA, 2005).

[..] ocorre uma alienação da mulher com o seu corpo, sua fisiologia e sua experiência de gestação e parto. Esse lugar de autoridade da Medicina agênciava uma subjetividade da mulher no parto que ocupa o lugar da incapacidade e da incompetência, contribuindo para o medo e a crença de que ela não é capaz de conduzir esse processo, entregando seu protagonismo nas mãos de quem, supostamente, tem o saber validado para tal. (PALHARINI, 2017).

A mulher deveria se sentir segura e confortável no momento do parto, visto que é um processo importante e prazeroso, sendo a protagonista nesse

processo. "O prazer é corporal, tem o corpo como ponte, é feminino e quase autoerótico, tendo em vista que se dá no corpo da mulher que está parindo por meio da relação com o pequeno ser." (CARNEIRO, 2015, p. 238).

Considerações finais

Partindo da análise feminista materialista, a medicalização do parto tem na materialidade do corpo feminino sua existência e perpetuação e deve ser compreendida em sua totalidade, analisando o contexto de opressão feminina e relações sociais de sexo que estão circunscritas nesse fenômeno.

Os relatos aqui trazidos demonstram a urgência do compromisso de profissionais da saúde perante as políticas públicas relacionadas ao processo gravídico-puerperal, assim como a formulação de novos mecanismos de combate à medicalização do parto, como a formação continuada, educação permanente e educação de base às mulheres e suas famílias, incluindo o debate sobre a temática durante o acompanhamento pré-natal.

Também se faz urgente a educação, desde a infância, sobre a autonomia feminina e o respeito à integridade das mulheres, em uma perspectiva de proteção e garantia dos direitos femininos, visando à emancipação feminina e superação de qualquer forma de opressão.

Referências

ARENDDT, H. *Da violência*. Tradução de Maria Claudia Drummond. 2004. Disponível em: <http://pavio.net/download/textos/ARENDDT,%20Hannah.%20Da%20Viol%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2021.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 294 p.

BEAUVOIR, S. de. *O Segundo Sexo*. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. 2v.

BÍBLIA, A.T. *Gênesis*. Português. In: Bíblia Sagrada: Edição Catequética Popular. São Paulo: Editora Ave-Maria, 2011. p. 50.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 202p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. *Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

CARNEIRO, R. G. *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2015. 328 p.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

DAVIS-FLOYD, R. *The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, v. 75, n. 1, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/230669902_The_Technocratic_Humanistic_and_Holistic_Models_of_Birth. Acesso em: 10 jul. 2021.

DELPHY, C; LEONARD, D. *Familiar exploitation: a new analysis of marriage in contemporary western societies*. Cambridge: Polity press, 1992.

DIAS, T. L. F. “O que vou ser quando crescer?": A divisão sexual do trabalho na socialização das mulheres e em suas escolhas profissionais. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/30584>. Acesso em: 02 jul. 2021.

EHRENREICH, B; ENGLISH, D. *Complaints and disorders: the sexual politics of sickness*. Londres: Writers and Readers Pub. Coop, 1973. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969738/mod_resource/content/1/Complaints%20and%20Disorders%204.14%20%281%29.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

FEDERICI, S. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Editora Elefante, 2017. 467 p.

FOUCAULT, M.; MACHADO, R. (Org.). *Microfísica do poder: organização, introdução*. 13.ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1998. 295 p.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2007.

- LUZ, M. D. *As instituições médicas no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MATTAR, C. M. *Mulher, intimismo e violência conjugal: tecendo redes e histórias*. Curitiba: Editora Prismas, 2016.
- MOTT, M. L. *Assistência ao parto: do domicílio ao hospital, 1830-1960*. Projeto História, v.25, p.197-219. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878>. Acesso em: 04 jul. 2021.
- PALHARINI, L. A. *Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil*. Cad. Pagu, Campinas, n.49, 2017. DOI:<https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/xpCQkdXRrdcQsZZST5bC99Q/abstract/lang=pt#:~:text=No%20Brasil%2C%20apesar%20de%20pesquisas,mudan%C3%A7as%20na%20assist%C3%Aancia%20ao%20parto>. Acesso em: 24 jul. 2021.
- PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I. A. *A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX*. Rio de Janeiro: R. Enf. UERJ, v. 9, n.1, p.91-7. 2001.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Dossiê Humanização Do Parto*. São Paulo, 2002, 40p. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304346717_Dossie_Humanizacao_do_Parto. Acesso em: 13 jul. 2021.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- SAFFIOTI, B. I. H. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Expressão Popular, 2015.
- SATO, R.; BRITO, I. P. M. *Parto humanizado feito pela enfermeira obstetra*. 2014. Disponível em: <http://iderval.blogspot.com/2014/04/parto-humanizado-feito-pela-enfermeira.html>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- SMOLENTZOV, V. M. N; MOTERAN, G. M. B. *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA*. Araçatuba: Avesso do Avesso, v.15, n.15, p. 111-120, nov. 2017. Disponível em: http://www.feata.edu.br/downloads/revistas/avessodoavesso/v15_artigo09_violencia.pdf. Acesso em: 24 jul. 2021.
- SOUZA, H. R. *A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101721/222234.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social). – Universidade Federal de Santa

Catarina. Florianópolis, 2004. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 jul. 2021.

TURNER, Victor. *The Anthropology of Performance*. London: PAJ Publications, 1987.

VIEIRA, E. M. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 84 p.

Recebido em outubro de 2022.
Aprovado em dezembro de 2022.