

A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica

Medicalization of female body and obstetric violence

Paula Land Curi, Júlia Gonçalves Barreto Baptista

Resumo

O contexto da maternidade pública, campo onde nos fixamos para exercer uma prática profissional em psicologia, nos levou a interrogações sobre a violência obstétrica. Logo, objetivamos, com este trabalho, tecer considerações sobre este fenômeno. Para isso, fazemos uma leitura deste a partir da discussão sobre a medicalização do corpo feminino, sem nos deter nas discussões provenientes dos atendimentos clínicos realizados com as usuárias dos dispositivos. Aspiramos articular a violência obstétrica a dois outros tipos de violências contra a mulher: a violência institucional e de gênero. Circunscreveremos como a instituição obstétrica, surgida no século XIX, sob a égide do discurso científico, se constituiu enquanto saber disciplinador dos corpos das mulheres, legitimando práticas violentas, atualmente nomeadas de violência obstétrica. Intentamos elucidar como esta discussão se articula às mudanças conquistadas referentes aos direitos sexuais e reprodutivos, nacional e internacionalmente, e mostrar como os psicólogos têm o compromisso ético de se colocar neste debate.

Palavras-chave

medicalização do corpo da mulher, violência institucional, violência de gênero.

Abstract

The context of maternity, field where we set ourselves to pursue a professional practice in psychology, led us to questions about the obstetric violence. Therefore, we aim, with this paper, to consider this phenomenon. For this, we had made a reading about the medicalization of the female body, without restraining our discussions from clinical treatment provided for to the users of the devices. We aspire to articulate obstetric violence to two other types of violence against women: institutional and gender violence. We'd circumscribed as obstetrics institution, which emerged in the nineteenth century, under the ages of scientific discourse, has constituted itself as a disciplinarian knowledge of female's bodies, legitimizing violent practices, currently named as obstetric violence. We intent to elucidate how this discussion is linked to the achieved changes related to sexual and reproductive rights, nationally and internationally, and show how psychologists have an ethical commitment in this debate.

Keywords

medicalization of female body, institutional violence, gender violence.

Paula Land Curi

Universidade Federal Fluminense

Professora da UFF Niterói.
Doutora em Psicologia Clínica
PUC-SP.

landpaula@yahoo.com.br

Júlia Gonçalves Barreto Baptista

Universidade Federal Fluminense

Graduanda do curso de
Psicologia UFF/Niterói.

juliagbbaptista@gmail.com

A medicalização do corpo da mulher e a violência obstétrica

“...uma das obrigações das mulheres era redimir o erro cometido por Eva: devem sofrer com paciência as incomodidades da prenhez e as dores do parto como pena do pecado” (Pe. ARCENIAGA, séc. XVII, apud DEL PRIORI, 2014, p. 115).

Nada mais ingênuo do que resumir a violência obstétrica às práticas coercitivas relacionadas ao parto. Não basta pensar, como costumariamente se faz, unicamente na imposição da obstetrícia por partos cesáreos ou mesmo por partos vaginais com intervenções médicas diversas. As práticas violentas que circundam a mulher e o parto, seja como gestante, puérpera ou parturiente, precisam ser encaradas de forma multidimensional.

Devemos poder falar de coisas que se inter-relacionam em toda a cena da maternidade: relações de gênero que atravessam essas práticas, a violência institucional – da instituição médica (obstetrícia) –, relações de saber-poder que possibilitaram e engendraram o advento da obstetrícia como especialidade médica, tornando o parto um ato médico e de homens.

As políticas de saúde voltadas à mulher, atualmente, já não se centram apenas no ciclo gravídico puerperal como outrora se apresentavam. A elas já foram incorporadas novas pautas e novas temáticas transversais como, por exemplo, raça, gênero e violência.

Mudaram-se alguns paradigmas, especialmente a partir do momento em que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher incorporou, como temáticas centrais, a humanização e a qualidade da assistência e acabou por integrar definitivamente o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção de saúde como princípios norteadores para a consolidação de avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo o *Dossiê da Violência Obstétrica: Parirás com dor* (2008)¹, A violência obstétrica, é definida como apropriação dos corpos e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, e se expressa em trato desumanizador, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. Mas, antes de falar da violência obstétrica em si, precisamos discutir como a chamada ‘medicina da mulher’ se apropriou do corpo feminino, de seus processos sexuais e reprodutivos e lembrar que isto não se deu sem que questões de gênero se fizessem presentes, visto que “gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos [...] é uma forma primária de dar significado às relações de poder”. (SCOTT, 1995, p. 86).

Por este motivo, intentamos, com este trabalho, tecer considerações sobre a violência obstétrica, a partir da discussão sobre a medicalização do corpo feminino. Circunscreveremos como a instituição obstetrícia, surgida no século XIX, sob a égide do discurso científico, se constituiu enquanto saber disciplinador dos corpos das mulheres, legitimando as práticas violentas. Intentamos também explicitar como os profissionais psis têm o compromisso ético de se colocar neste debate.

O controle dos corpos e a ciência

“O corpo é um texto socialmente construído, um arquivo orgânico da história da humanidade como história da produção-reprodução sexual, na qual certos códigos se naturalizam, outros ficam elípticos e

1

Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres, 2012.

2

Tradução livre. Do original: “El cuerpo es un texto socialmente construido, un archivo orgánico de la historia de la humanidad como historia de la producción-reproducción sexual, en la que ciertos códigos se naturalizan, otros quedan elípticos y otros son sistemáticamente eliminados o tachados”. (PRECIATO, 2002, p. 23).

outros são sistematicamente eliminados ou riscados”² (PRECIATO, 2002, p. 23).

A modernidade nos legou uma experiência desencarnada, des-subjetivada e reduzida. (BASTOS, 2006). Neutro e universal, assim deveria ser o conhecimento científico. Mas, será isso possível? Afinal, a construção de saberes sustenta-se em pressupostos que têm funções diversas, revelando que não existe a possibilidade da produção de um discurso que seja, propriamente, como ele supostamente deveria ser.

Ao tentar explicar patologias, o discurso médico passa a diagnosticar, classificar, evidenciar suas verdades, marcadas nos corpos mortos, abertos e expostos. Isto tem efeito na vida de todos e não só daqueles que são seus objetos.

Dizemos que a medicalização do corpo feminino está articulada à emergência de novos saberes sobre o corpo feminino, incluindo a prática médica, que se consolidaram mais especificamente no decorrer do século XIX.

Dizemos também que, a partir da segunda parte do século XVIII, a medicina, foi convocada a falar de vários problemas que incidiam sob a sociedade. Da questão populacional aos índices de mortalidade infantil, passando por diversas temáticas, tais como casamento, infanticídio, aborto, planejamento familiar e tantas outras, a medicina precisava colocar em discussão a mulher e a sua natureza, as particularidades de seu corpo, que contém em si mesmo a sua função: a maternidade. E, assim: “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).

A medicina foi apenas um dos vários discursos que atravessaram o corpo da mulher. Embora não tenha sido o único, foi fundamental para se criar, disseminar e legitimar relações de causalidade entre a potencialidade da mulher em gerar filhos e o cuidado/criação das crianças como atividades femininas, baseadas nas diferenças inscritas no corpo biológico. Como nos conta Vieira (2002): “As concepções que se constroem sobre a natureza feminina impõem, para o saber médico, esforços consideráveis para desenvolver o conhecimento sobre as especificidades biológicas da condição feminina”. (p.32).

Foucault (1979) nos auxilia a pensar as formas e estratégias do poder nos corpos, analisando o controle do corpo e da sexualidade como uma estratégia de controle social. Com ele, podemos ver que a produção de um saber sobre o corpo da mulher constituiu lugares sociais, a partir dele, evidenciando que o controle da sociedade sobre os indivíduos começa a ser operado no corpo, com o corpo, não simplesmente pela consciência ou pela ideologia. O corpo, enfim, afirmamos com o autor, é uma realidade biopolítica.

Somados aos discursos moralistas e higienistas vigentes na época, as ciências biológicas produziram lugares sociais para as mulheres e conferiram legitimidade a seus projetos de higienização da sociedade. Nele, médicos desempenharam um papel importante, pois, seriam eles os disciplinadores dos corpos. (VIEIRA, 2002).

Para Martins (2004), “os médicos não só estudaram a especificidade da mulher, a reprodução e as doenças ginecológicas, mas também formularam uma definição de seu ser social fundada na natureza, melhor dizendo, em seu corpo”. (p.15). E, neste contexto, as descrições anatómicas ganharam evidência, visto que “as diferenças naturais eram uma base necessária para assegurar a ordem social entre o homem e a mulher”. (NUNES, 2000, p.57).

A complementariedade física, tão explorada e evidenciada pelos homens da ciência, surge como um tipo de reforço social capaz de fixar a

mulher nas suas funções “por essência”: ter filhos e criá-los. A possibilidade do corpo feminino de reproduzir as contribuições advindas de vários discursos (médico, pedagógico, moral, dentro outros), que instauram a ordem normativa e jurídica das coisas, atrelaram tal possibilidade à condição natural da mulher-fêmea, possibilitando a emergência de um campo imaginariamente constituído, que faz da mulher mãe e da maternidade seu destino inelutável.

Assim, o corpo feminino foi se constituindo, ao longo do tempo, como objeto de saberes e práticas de intervenções médicas (VIEIRA, 2002) e, conseqüentemente, a condição feminina da mulher-mãe foi sendo naturalizada, sem que se realçassem suas particularidades psicosssexuais e existenciais.

Por este motivo, precisamos discutir a constituição desses saberes sobre o corpo feminino e a proposta de uma sociedade (um projeto político) balizada por pautas higienistas. A constituição dos saberes sobre a maternidade e o corpo da mulher (medicalização do corpo feminino) particularizar-se-á na reprodução humana.

as concepções que se constroem sobre a natureza feminina impõem, para o saber médico, esforços consideráveis para desenvolver o conhecimento sobre as especificidades biológicas da condição feminina, como pressuposto do movimento maior de transformação social que ocorreu a partir do século XVIII, mudando a relação da prática médica com o corpo feminino (VIEIRA, 2002, p. 32).

Em suma, “o corpo feminino, na medida em que era visto primeiramente como corpo reprodutivo, demandava uma atenção especial” (ROHDEN, 2001, p. 226).

O discurso da obstetrícia: o saber que *sabe dizer* sobre a mulher-mãe

As mulheres eram descritas na literatura médico como seres estranhos, capazes de perverter a ordem do mundo, em razão de toda essa instabilidade. Ao mesmo tempo, contudo, elas eram fundamentais para a garantia dessa ordem, em virtude de seu papel como procriadoras. Era dando à luz a novos seres que cumpririam a função de renovar as gerações e conservar a humanidade. Portanto, compreendê-las se tornava um imperativo (PETER, 1980 apud ROHDEN, 2001, p. 227).

A história da medicina refere-se aos obstetras, da metade do século XIX, como verdadeiros homens da ciência, conta-nos Martins (2004). Mas, como vimos, nem sempre foi assim, pois, foi somente quando o corpo da mulher foi objetivado, no interior de um saber especializado, que os médicos começaram a se autodenominaram especialistas de mulheres (MARTINS, 2004).

Eles afirmavam que a natureza específica da mulher e as suas particularidades sexuais, demandavam não só explicações científicas, mas também regulações de seus corpos, pois, para que a natureza feminina não desvirtuasse e desempenhasse bem suas funções - reprodutiva e sexual - seria necessária a transformação do corpo feminino em objeto de conhecimento médico (MARTINS, 2004).

Por isso, entre os finais do século XVIII e a segunda metade do século XIX, o discurso científico, as reflexões dos médicos, suas desco-

bertas e experimentos, sobre e no corpo feminino, contribuíram para a exploração de um campo anteriormente eminentemente feminino, “permitindo que homens da ciência entrassem em cena, desafiando o domínio e o poder das mulheres sobre seus corpos, a ponto de obstetras e ginecologistas serem considerados como especialistas em mulheres” (ALGRANTI, 2004, p. 8).

Claro está que o conhecimento desenvolvido pela obstetrícia sobre o mecanismo do parto impactou no controle médico sobre o corpo feminino. A invenção de instrumentos, como o fórceps e o pelvímeter, propiciaram a objetividade e a mensuração necessárias à emergente ciência. Através dos instrumentos surgidos e diante da possibilidade de exames obstétricos, o corpo feminino se tornava objeto de saber e alvo de poder. (DINIZ, 2005).

Surgem os tratados de obstetrícia, especialmente no fim do século XIX início do XX, expondo os corpos de mulheres sob os novos olhares, agora médicos, assim como textos específicos a respeito do papel desempenhado pelos obstetras, propiciando a convicção que os obstetras conheciam a mulher, não só sua anatomia, fisiologia, mas também a sua alma atormentada pelas dúvidas quanto à gravidez e ao parto. (MARTINS, 2004). – “A obstetrícia definia-se como a ciência de cuidar da mulher na parturição normal e socorrer a natureza quando se desviar deste caminho”. (MAGALHÃES, 1922 *apud* MARTINS, 2004).

Parto: das mãos das mulheres às mãos e aos instrumentos dos homens da ciência

Até o século XVI o cuidado com as doenças femininas pouco interessava aos médicos. O parto era um ritual de mulheres e quem assistia a mulher neste e em outros momentos era a parteira, que até então não contava com nenhuma formação especializada, exceto por sua própria experiência. É também no século XVI que se iniciam as tentativas de regulação de suas atividades (RODHEN, 2001, p. 59).

Pudemos ver que a medicalização do corpo feminino se estabeleceu, no século XIX, por meio de discursos que exaltavam à maternidade. Mas, a medicalização do parto foi um processo bastante longo, que iniciou cerca de 300 anos antes de sua institucionalização nas maternidades. (VIEIRA, 2002).

Sabemos que, por um longo tempo, o partejar era coisa exclusivamente de mulheres. Mas, Vieira (2002) nos conta que, já no século XVI, iniciou-se uma “caçada” às parteiras, visto que o governo e a Igreja começaram a controlar o exercício de sua prática, pela submissão a exames que pudessem evidenciar que elas não teriam realizados abortos e infanticídios.

Podemos dizer, com a autora, que a partir do século XVII começaram a surgir condições de possibilidade para a emergência da obstetrícia. Contudo, foi apenas no século XIX que foi delegado ao médico o papel de partejar, “propondo e efetivando a hospitalização do parto e a criação de maternidade, instituições hospitalares exclusivas para esse fim” (VIEIRA, 2002, p. 47). Somente a partir das décadas de 1820-1830 que o “processo de transição de casa para as maternidades começou a se tornar uma prática cada vez mais aceita pelas mulheres”. (MARTINS, 2004, p. 99).

Antes deste tempo, costumava-se entender que as parteiras eram provavelmente mais competentes que os médicos, tendo em vista seus

conhecimentos adquiridos em suas práticas cotidianas nos domicílios das mulheres grávidas. Mas, as parteiras e curandeiras transformaram-se em ameaças ao saber que se consolidava (RODHEN, 2001, 2003; VIEIRA, 2002). Mas, ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e educação universitária, a medicina obstétrica transformou-se em atividade reservada aos homens (somente eles tinham acesso à educação) fazendo com que as parteiras fossem perdendo paulatinamente sua hegemonia.

O desenvolvimento da medicina, enquanto saber sobre a mulher, tem íntima relação com o processo de hospitalização do parto, que acabou por tornar-se um ato médico e hospitalar. Em um tempo em que muitas mulheres morriam de parto, especialmente em consequência da febre puerperal, o hospital seria uma solução para o enfrentamento deste terrível problema, especialmente quando a anestesia e a assepsia já tinham surgido como grandes colaboradoras.

A intensa medicalização que sobre o corpo feminino no século XIX, quando aliada ao discurso de exaltação da maternidade, compõe um processo que, segundo alguns autores, teria mudado substancialmente a valorização da vida feminina na sociedade ocidental na medida em que permitiu desenvolvimento de técnicas que aumentasse à sobrevivência a maternidade. Até então, o parto teria sido vivido com um evento em que o medo da morte ou a tortura do fórceps não eram apenas um mito. (VIEIRA, 2002, p. 52).

Rapidamente podemos dizer que foi assim que, no final do século XIX, aquilo que era pertencente às mulheres, deslocou-se das mãos das parteiras para as dos médicos, de casa para às maternidades, em busca de um atendimento de qualidade, seguro, indolor e asséptico. (MARTINS, 2004).

Rapidamente podemos dizer que foi assim que, no final do século XIX, aquilo que era pertencente às mulheres, deslocou-se das mãos das parteiras para as dos médicos, de casa para às maternidades, em busca de um atendimento de qualidade, seguro, indolor e asséptico. (MARTINS, 2004).

Se até o final do século XVIII as maternidades eram espaços que não gozavam de boa fama, eram “casas lúgubres”, “casas de morte”, agora não mais; visto que o nascimento de um filho não se dava pelas mãos de mulheres, que dispunham de pouco conhecimento sobre o corpo feminino, mas ao lado do “homem culto, de princípio e o protetor da mulher” (MARTINS, 2004, p. 63). Um cientista que “conhece a mulher, não só sua anatomia e fisiologia, mas também sua alma, principalmente quando atormentada pelas dúvidas da gravidez e pelos receios quanto ao parto”. (MARTINS, 2004, p. 63).

No Brasil, a história da arte de partejar se revelou um tanto quanto distinta da Europa, inclusive porque a vinda da corte para o Brasil trouxe consigo parteiras estrangeiras que se tornaram profissionais regulamentadas.

Todavia, apesar do lapso no tempo, a obstetrícia tardou, mas também se legitimou enquanto saber sobre o parto e as mulheres. Durante todo o século XIX, no Brasil, ainda se buscava parteiras ao invés de médicos. Eles eram convocados apenas, e principalmente, quando o parto complicava. (VIEIRA, 2002).

Dado o pouco prestígio da obstetrícia, até o final do século XIX, se discutia nas academias quem teria responsabilidade de partejar, de modo que o parto continuou por um bom tempo como sendo prerrogativa das parteiras diplomadas.

Somente quando da criação das maternidades que se começou a se ter dúvidas quanto à competência das parteiras, o que necessariamente criou uma série de conflitos no meio médico e de resistência das mulheres.

As descobertas da nova ciência médica afastaram a mulher do parto, tornando os obstetras os protagonistas da cena médica. A mulher caberia obedecer às orientações daquele que dela saberia dizer. Contudo, vale salientar que, apesar de o parto ter se transformado em ato médico, Vieira (2002) no conta que, no Brasil, em 1889, já se inicia o acesso das mulheres no ensino médico e, com isso, “mulheres puderam voltar à tradição de partejar, agora como novo status, o de médicas”. (p. 58).

O que (não) temos hoje?

A manobra de Mauriceau [...], o fórceps [...] e a operação cesariana [...]. Cada uma dessas técnicas era sempre alvo das discussões e polêmicas entre os especialistas, já preocupados com o bom gerenciamento das funções reprodutivas femininas e suas consequências (ROHDEN, 2001, p. 75).

Atualmente vemos muitas mulheres falarem da violência obstétrica, mas se referem apenas a eleição, pelos médicos – que desconsideram suas falas -, da cesariana como forma de parir. Mas, seria “apenas” isso? Claro está que isto não é pouco e quer dizer coisas diversas, mas, a violência obstétrica precisa ser concebida como algo mais além do que uma discussão sobre o que é melhor ou mais natural: parto normal ou cesárea?

A obstetrícia, ao tomar o corpo da mulher como seu objeto - propositalmente no singular porque ela trata todas como sendo absolutamente iguais, sem levar em consideração suas particularidades subjetivas e existenciais -, a calou e a adjetivou, segundo os interesses de uma sociedade patriarcal.

Contudo, a reflexão e a experiência profissional em maternidade revelam que o sofrimento de mulheres, especialmente durante o período gravídico-puerperal, é intenso e não se limita ao momento do trabalho do parto. Neste, as violências “apenas” ganham maior evidência, por não serem mais tão invisíveis e veladas quanto na época gestacional.

Elas incidem no sujeito mulher, no seu corpo, através de falas e intervenções que dilaceram corpo (literalmente) e alma. A mulher está literalmente nas mãos daqueles que sabem dizer o que é melhor para ela e, submetidas, resta lhe calar-se e manter-se objetos de intervenções diversas.

O sofrimento de mulheres no parto, a chamada violência obstétrica, é registrado em diversos momentos históricos. Mas, por esse percurso que fizemos, ele surge como mais uma variante de biopoder. (MARTINS, 2004, p.99). Consequência direta do desenvolvimento da anatomoclínica e dos ‘avanços’ da medicina, em nome do ‘bem-estar’ da mulher!

Rohden (2001) nos conta que, já nas últimas décadas do século XIX, tanto a cesariana quanto a intervenção de médicos no trabalho de parto já se apresentavam, visto que médicos intervinham “no parto por meio da provocação da sua antecipação e as sinfisiotomia ou pubiotomia, ambas preconizadas para facilitar à passagem da criança”. (p. 63).

Não foi à toa que percorremos um caminho que tomava a instituição obstetrícia enquanto saber-poder, pois, muitos procedimentos, segundo os obstetras do século passado, surgiram em nome da humanização³ à assistência ao parto. Fernando Magalhães, citado por Martins (2004), no

3

Embora o termo utilizado seja humanização, evidenciamos que este é bem distinto daquele usado atualmente, que diz respeito à prestação de uma assistência que tenha como prioridade a qualidade do cuidado e da garantia de direitos.

4

Vale ressaltar que em nossa língua usamos cotidianamente a expressão ‘foi um parto’ para designar algo difícil que tenha sido realizado.

início do século XX, mostra claramente como a obstetrícia médica passou a falar em nome de uma preocupação humanitária: a resolução do problema da parturição sem dor.

Isto se faz relevante porque a partir deste momento, a mulher passa a ser descrita não mais como a culpada que deve expiar o pecado original – *Parirás com dor* -, mas como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino” (DINIZ, 2005, p. 628).

O parto, descrito como violência ou como algo horrorosamente difícil e sofrido⁴, cria um campo para que se apresente a “solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento” (DINIZ, 2005, p. 628). Para alguns médicos cientistas, “a maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido” (DINIZ, 2005, p. 628).

Para sanar o mal que acometia a mulher – o parir com dor-, a obstetrícia, cirúrgica e masculina, reivindica sua superioridade, oferecendo um apagamento da experiência dolorosa e violenta. Oferecer-lhe-ia as anestésias. E, durante o século XX, mulheres viriam a parir anestesiadas e inconscientes (DINIZ, 2005).

A partir dos anos de 1980, novos olhares foram dirigidos à questão do parto, já institucionalizado como experiência violenta. Evidenciava-se o tratamento impessoal e agressivo da atenção à saúde das mulheres e, conseqüentemente, alguns países começaram a documentar as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto.

O que tivemos como resultado destas buscas foi um número alarmante de violências sofridas pelas mulheres na assistência, em especial negligências e violências verbais (SANTOS E SOUZA, 2015), que ousaríamos qualificar como violências psicológicas.

Diante dos dados consolidados, surge a questão: o que fazer? Diante deles não podemos recuar. E, avançando no sentido de minimizar os ‘estragos’ ou mesmo de extinguir as práticas violentas algumas medidas foram tomadas com a intenção de reverter às lógicas instituídas.

Uma pequena digressão torna-se importante aqui, pois, vale ressaltar que o termo violência obstétrica surge hoje como variação de tantos outros, como por exemplo: violência na assistência ao parto, violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros.

Contudo, atualmente, quando denominamos violência obstétrica estamos falando de qualquer tipo de violência, manifestada sob forma de negligência, violência física, sexual, verbal e psicológica, que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao abortamento. Qualquer ato por ação ou omissão, sem o consentimento explícito ou informado da mulher, em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos e preferências.

Não se refere (apenas) às atitudes (ou a ausência delas) dos médicos, mas aos prestadores de serviço de saúde. Convém lembrar, com Clavreul (1983), que estes estão submetidos à chamada Ordem Médica e que o discurso médico se encontra atrelado ao discurso dominante.

Sabemos, através de nossas experiências em instituições hospitalares, que o discurso médico é predominante nessas instituições, sendo os demais profissionais da área da saúde solicitados a se submeterem a ele - “o médico vê o mundo por meio de um filtro de representações; um

5

De acordo com a OMS (2015), taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e/ou neonatal, sendo consideradas então desnecessárias. Para a comunidade médica internacional, considera-se que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Contudo, o relatório da pesquisa *Nascer no Brasil* (2014) mostra que foram realizadas cesarianas em 52% dos nascimentos nos últimos anos, e que esses números sobrem ainda mais, chegando a 88%, se analisarmos apenas o setor privado. Estima-se ainda que, anualmente, quase um milhão de mulheres são submetidas a cesariana sem indicação.

6

De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), a incidência de óbitos por complicações do aborto oscila em torno de 12,5%, ocupando o terceiro lugar entre as causas de mortalidade materna com variações entre os estados brasileiros. O Brasil lidera as estatísticas de aborto provocado em todo mundo. (DOMINGOS e MERIGHI, 2010, p. 178).

imaginário protegido pelo escudo da racionalidade científica”. (MACIEL-LIMA & RASIA, 2012, p. 10).

De acordo com Nakano, Bonan e Teixeira (2016), durante o século XX, as práticas de parto sofreram grandes transformações. A difusão da cirurgia cesariana elevou-se, rápida e progressivamente, tornando-se um componente essencial da assistência.

No Brasil, especificamente, evidenciamos que a institucionalização do parto continua interferindo no incremento dos índices de cesarianas⁵, reforçando a medicalização do corpo feminino e impedindo a mulheres de serem agentes protagonistas de suas histórias. E assim, perpetua-se a violência obstétrica, a desassistência e os sofrimentos diversos.

Embora o Brasil tenha participado da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, 1994, como país signatário, reconhecendo como prioridade a necessidade da adoção de políticas destinadas a Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, esses e vários outros compromissos internacionais adotados pelo governo não têm sido cumpridos em contento, especialmente, no que tange a assistência integral a mulher na gestação, parto, puerpério e abortamento.

Embora consigamos perceber alguns movimentos em direção a uma tentativa em dar tratamento às questões concernentes às diversas violências contra a mulher, cerca de vinte anos depois das Conferências Internacionais, podemos ver que os avanços ainda são poucos, visto que o Brasil continua a ser o país que lidera o número de partos cesáreos, tendo uma das taxas mais elevadas do mundo (SAKAE, FREITAS, D'ORSI, 2009; OMS, 2015). A mortalidade e o sofrimento maternos atravessam a vida das mulheres, em idades férteis, especialmente pobres e negras, visto que a estudos revelam que “a cesárea e a episiotomia desnecessárias são também um problema racial e de classe social”. (DINIZ e CHACHAN, 2016, p.87).

Embora o Brasil tenha atingido taxas significativas de assistência pré-natal e de parto hospitalares tenha sido maior que 98% em 2010, ainda persistem elevadas a razão da mortalidade materna (68,2/100 mil nascidos vivos) e a de mortalidade perinatal, sugerindo problemas na qualidade da atenção materna e perinatal. (LEAL *et al.*, 2014, p. 2).

Em nosso país, as mulheres não morrem somente porque recorrem aos abortos clandestinos, em condições inseguras e insalubres, como costuma se dizer⁶. Elas morrem pela desassistência, por uma série de intervenções desnecessárias, incluindo as intervenções institucionalizadas.

Neste sentido, corroboramos Diniz e Chachan (2014) quando estas afirmam que “no Brasil, 96,5% dos nascimentos acontecem em hospitais. No entanto, isso não significa que as mulheres brasileiras recebam assistência de qualidade”. (p. 81). Segundo a OMS (2015), a cesárea poder causar complicações significativas, assim como sequelas ou morte. Uma cesárea deveria ser apenas realizada quando fosse, do ponto de vista médico, realmente necessária.

Os relatórios do governo brasileiro, de 2014, deixam claros a nossa situação dramática no que tange à assistência à mulher: queda do IDH de gênero, direitos sexuais e reprodutivos não são plenos. Conclusão: A atenção à saúde da mulher deixa muito a desejar (Monitoramento permanente CEDAW).

7

Na Argentina, por sua vez, define-se, nos termos da lei violência 26.485/2009, a violência obstétrica como: “aquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais”.

8

Na Venezuela, em 2007, a violência obstétrica foi tipificada como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

9

Normas as quais sujeitos se apropriam para a resolução dos conflitos, reproduzindo uns com os outros o controle, o julgamento e a punição. (OLIVEIRA E BRITO, 2013).

Em alguns países sul-americanos, a exemplo da Argentina⁷ e da Venezuela⁸, avançaram no que tange a matéria, criando leis que definem claramente que é a violência obstétrica. A tipificação da violência obstétrica enquanto crime pode ser um avanço visto que possibilita dar visibilidade aquilo que legitimado, apresenta-se na sua invisibilidade.

Mas, no Brasil, a passos lentos, o debate ainda se inicia visto que somente em 2014 foi proposto um projeto de lei (Lei 7.633/2014), ainda em tramitação, que dispõe sobre as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério e a erradicação da violência obstétrica.

Embora entendamos que seja uma medida importante para dar visibilidade ao fenômeno estudado, ponderamos essa medida a partir do momento em que estamos atravessando na contemporaneidade. A vida cotidiana vem sendo rotineiramente judicializada, como nos aponta Oliveira e Brito (2013), “a regulação jurídica se expande sobre os mais diversos domínios da vida” (p. 169).

O caminho na direção da promulgação de uma lei sobre violência obstétrica precisa convocar a sua capacidade de alterar a ordem das coisas, alterar lógicas de cuidados, discursos e lógicas hegemônicas. Mas, seria isto suficiente para mudar nosso dramático cenário?

Uma mudança efetiva no âmbito das práticas institucionais está para além da regulamentação de uma lei e precisa interferir na cultura e nas práticas sociais. Passa menos pela coerção e mais pela formação dos profissionais de saúde, visto que as formações e as identidades profissionais, de certa forma, são reproduções de modelos, contextualizados e perpetuados que se transmutam em formatações (BASTOS, 2006).

Então, o que temos hoje? Temos mulheres violentadas durante seus partos; temos tensão, medo e sofrimento; temos também interesses de dominação e docilização dos corpos femininos.

O que não temos? Interesse político em assistir adequadamente às nossas mulheres; interesse em alterar à lógica dos saberes e práticas hegemônicas; interesse em discutir e criar práticas que sejam capazes de interferir naquilo que nos atravessa – questões de gênero – sem que criemos regulações normativas⁹ do viver; Interesse em romper com “os aprisionamentos produzidos pelo movimento de judicialização e que inaugurem desvios a serviço da valorização da vida” (OLIVEIRA E BRITO, 2013, p. 79).

E nós, psis, o que temos a ver com isso?

Ao iniciar o século XXI, vemos que esse mesmo gerenciamento dos corpos femininos não se alterou. Hoje não pesam nossos cérebros, nem nos reduzem à materialidade de nossos úteros e ovários. No entanto, nossos corpos continuam a forjar nossos destinos, a nos pregar peças (MARTINS, 2004, p. 16).

Pretendemos, antes de concluir, refletir brevemente sobre o que nós, profissionais psicólogos, temos a ver com o tema da violência obstétrica, já que este trabalho propôs-se a discorrer sobre a construção de um saber sobre a mulher.

Não é incomum escutarmos dos profissionais da saúde, que trabalham em maternidades, que o trabalho do psicólogo resume-se em “escutar o sofrimento da mulher, que supostamente viveu esta tal de

10

Ordem Jurídica designa um sistema de normas que regula a conduta humana e que, diferentemente das demais ordens sociais, contém o elemento da coação, apoiando-se no uso da força.

violência obstétrica”. Uma fala desta não pode surgir à toa e, por isso, a luz do que discutimos anteriormente a colocamos sob reflexão, visto que a nosso ver falas como essas revelam minimamente que:

a) Que há uma enorme dificuldade, inclusive por parte das equipes de saúde, em entender esse tipo de violência e seus efeitos na vida da mulher, inclusive, no que tange as questões concernentes aos Direitos Sexuais e Reprodutivos;

b) Que as próprias equipes de assistência tendem a desacreditar nas falas das mulheres, legitimando e naturalizando práticas violentas e sexistas;

c) Que a Ordem médica, como nos conta Clavreul (1983), é da alçada da ciência, mas ela é, sobretudo, uma ordem jurídica¹⁰, que se impõe por ela mesma, através de seus executores; e,

d) Que poucos, inclusive os profissionais de saúde, sabem o que o psicólogo faz, limitando sua atuação, mesmo quando nas instituições médicas, ao atendimento clínico individual para o sujeito que está supostamente em sofrimento e/ou padecendo.

Claro está que uma das funções do profissional psi é assistir o sujeito que sofre, oferecendo-lhe escuta. Mas, quando somos convocados pelos profissionais de saúde devemos sempre nos perguntar pelos porquês da demanda que nos dirigem. Mesmo que nos digam que há em cena um sujeito que sofre, nosso trabalho não se limita a clínica com esse sujeito. Até porque, poucas são as vezes que o profissional psi é chamado em nome de um sujeito em sofrimento, ou melhor, por ele. Muito mais usual ser convocado em nome da Ordem para legitimar práticas que excluem o sujeito da cena médica.

Talvez um dos maiores desafios que temos quando do exercício profissional nas maternidades é poder perceber que é possível trabalhar numa instituição de saúde sem se colocar a serviço da Ordem médica, produzindo e sustentando furos discursivos capazes de propiciar a circulação das posições e das falas - quer dos usuários do sistema de saúde, quer dos profissionais de saúde.

Neste sentido, chamamos atenção para a possibilidade de produção de trabalhos clínico-políticos, pautados por uma ética, capazes de gerar práticas transformadoras. Trabalhos possíveis e passíveis de interferir não apenas nos sujeitos, um a um, mas também nas lógicas assistenciais, especialmente em um tempo em que atuações da psicologia diante do cuidado acontece na intersecção com outros saberes.

Apesar de costumeiramente a psicologia ser lembrada como prática proveniente da clínica individual, ela pode contribuir também com pautas mais amplas, advindas, inclusive, das falas dos sujeitos.

Podemos pensar em como se torna fundamental escutar as mulheres, saber o que elas têm a dizer, sem que nossos trabalhos se encerrem por aí. O que priorizamos é, a partir mesmo da escuta cuidadosa, dos usuários e dos profissionais, em como criar redes de cuidados capazes de pressionar a construção de políticas públicas para os cidadãos. Ou seja, o trabalho clínico não deve se esgotar em “denúncias” e nem em tratados de como “remediar” (e é isso que muitas vezes nos pedem) os maus tratos e violências sofridas. Elas podem ser transformadas em ferramentas a serem usadas em nosso favor, produzindo ressonâncias efetivas no campo das políticas públicas.

A violência obstétrica hoje se apresenta como um problema de saúde pública, que marca e machuca, quando não mata, nossas mulheres. É uma problemática que necessita parceria de vários saberes para que possa ser enfrentada. Diz respeito aos direitos humanos, a cidadania, a

luta pela igualdade de direitos e garantia de acesso à saúde de qualidade, a luta pelo bem-estar social...

Para finalizar, trazemos algo de nossa experiência. O que a (nossa) clínica com mulheres tem a dizer? Que temos muito a caminhar e que uma questão delicada consiste no fato de muitas vezes as mulheres, expostas a este tipo de violência, não percebem a sua prática; outras optam pelo silêncio e, assim, a violência obstétrica segue os mesmos caminhos da violência contra a mulher: sofrimento solitário e silencioso.

O que a prática clínica nas maternidades revela? Que os profissionais psis podem ser ponto de resistência, desvelando aquilo que se faz velado nas instituições e em suas práticas naturalizadas. Que podem trabalhar resistindo, impedindo que as práticas vigentes, de humilhação, de agressão, que geram ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo, sejam desconstruídas. Mas, para isso, precisamos poder precisar melhor as nossas práticas.

Sobre o artigo

Recebido: 23/08/2017

Aceito: 09/10/2017

Referências Bibliográficas

ALGRANTI, L. M. Prefácio. In: MARTINS, A. P. V. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 7-9.

BASTOS, L. **Corpo e subjetividade na medicina**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.

DEL PRIORI, M. **Histórias e conversas íntimas**. São Paulo: Planeta, 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232005000300019>. Acesso em: 20 Março 2016.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro. Ano I, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/revista/qsr1.pdf>. Acesso em: 20 Julho 2016.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa da mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro: v.14, n. 1, p. 177-81, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a26.pdf>. Acesso em: 18 Julho 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 17-32, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005. Acesso em: 06 Junho 2016.

LEAL, M. C.; TORRES, J. A.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME-FILHA, M. M.; BITTENCOURT, S.; DIAS, M. A. B., et al. **Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa**. Rio de Janeiro: ENSP, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 05 de Maio 2017.

MACIEL-LIMA, S. M.; RASIA, J. M. As imagens não falam por si mesmas: um estudo sociológico da equipe do transplante hepático. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 21, n. 1. p. 42-51, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100006>. Acesso em: 10 Agosto 2016.

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

MATTAR, C. M. **Mulher, intimismo e violência conjugal: tecendo redes e histórias**. Curitiba: Editora Prismas, 2016.

Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica: Parirás com dor**. Brasília: Senado Federal, 2008. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VM%20367.pdf>. Acesso em: 16 Maio 2017.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.155-172, 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n1/0104-5970-hcsm-23-1-0155.pdf. Acesso em: 16 Maio 2017.

NUNES, S.A. **O corpo de diabo entre a cruz e a caldeirinha**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2000.

OLIVEIRA, C. F. B.; BRITO, L. M. T. Judicialização da vida na contemporaneidade. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília. vol.33, spe, p.78-89, 2013. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000500009. Acesso em: 05 Agosto 2016.

OMS. **Declaração da OMS sobre as taxas de cesárea**. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 20 Julho 2016.

PRECIATO, P.B. **Manifesto contra-sexual**. Opera Prima: Madrid, 2002.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2003.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E.. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n. 3, p. 472-480, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300011>. Acesso em: 12 Agosto 2016.

SANTOS, R. C. S; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica**. Macapá. v. 5, n. 1, p. 57-68, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unifap.br/index.php/estacao> Acesso em: 23 Junho 2016.

SCOTT, J. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. **Educação e Realidade** Porto Alegre. v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: https://archive.org/details/scott_gender. Acesso em: 20 Junho 2016.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.