

DESTERRITORIALIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR: A DESPERSONIFICAÇÃO DA MULHER NO SISTEMA OBSTÉTRICO COLONIZADO

Francieli Martins Borges Ladeira¹

William Antonio Borges²

<http://dx.doi.org/10.19177/978-85-8019-229-2.177-198>

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o objetivo construir uma inteligibilidade do processo de despersonificação do corpo feminino nas instituições hospitalares, no momento da gestação e do parto. Trata-se de um processo que envolve o engendramento de diversos elementos institucionais que culminam na despersonificação e desterritorialização do corpo em prol da manutenção de instituições que, para alcançar a eficiência e eficácia organizacional, necessitam de padronizações, rotinas planejadas e controladas e, para isso, preveem a inserção de processos fisiológicos, como o parto – um fenômeno biopsicossocial – em um sistema esclarecidamente gerencialista.

Para que a institucionalização aconteça, as mulheres são estimuladas, desde a puberdade, à uma cultura de medicalização e patologização dos processos femininos, em especial, a gestação e o parto. De modo que esse evento fisiológico e biopsicossocial passa a ser reconhecido como um evento estritamente médico, assim muitas mulheres são fragilizadas ao longo dos meses de forma a encarar como uma patologia, um evento “normal”³. A união da institucionalização do parto e conseqüentemente sua inserção em processos organizacionais, com a sua medicalização, conseguem por meio de elementos

1 Discente do Doutorado em Administração pela Universidade Estadual de Maringá (PPA/UEM). E-mail: francymborges@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0003-1535-7136>

2 Docente no Programa de Mestrado e Doutorado em Administração (PPA-UEM), no Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas (PPP-UEM) e no Programa de Mestrado Profissional em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia (Profnit-UEM). E-mail: waborges@uem.br - <https://orcid.org/0000-0001-6008-9738>

3 CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

despersonalizadores⁴, incorrer muitas vezes em violência obstétrica contra a parturiente de uma forma que nem sempre é explícita, mas implícita em formas de “cuidados” médicos, protocolos e regulamentações hospitalares. A violência obstétrica pode ser reconhecida de diversas formas, inclusive, como cita o Ministério da Saúde⁵, com a submissão das mulheres a um conjunto de normas e procedimentos padronizados, colocando o parto como parte de um processo padrão de um evento hospitalar:

A violência obstétrica é aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas [...]. Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo⁶.

Ao inserir o corpo feminino no conjunto de regras e padrões, ao dar início ao processo de despersonalização, ocorre a desterritorialização do lugar de indivíduo e realocação desta em procedimentos, prontuários, uniformes e rotinas pré-estabelecidas. E como forma de reterritorialização, resistência e de atuação micropolítica, o movimento de humanização do parto vem ganhando força nessa última década motivado por uma série de fatores, como amplo acesso às informações, reunião de pessoas com as mesmas motivações em redes sociais para discutir objetivos, caminhos e alternativas, entre outros. O movimento de humanização do parto surge como um apoio e uma necessidade, pois o Brasil é um dos países que lideram o *ranking* de cesarianas no mundo. De acordo com a Pesquisa Nascer Brasil⁷, o Brasil realiza a cirurgia em 52% dos nascimentos, chegando a 88% na rede particular, enquanto a Organização

4 GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. **Você sabe o que é Violência Obstétrica?** Blog da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53079&catid=579&Itemid=50218>. Acesso em: 14 jan. 2019.

6 Em 3/5/19, o Ministério da Saúde encaminha o despacho Despacho/Ofício nº 017/19 - JUR/SEC divulgando o posicionamento do atual Ministério contra o uso do termo “Violência Obstétrica” alegando conotação inadequada. Para tal posicionamento, tanto o Ministério Público Federal (MPF), em Nota Pública, quanto a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), através da Câmara de Deputados, se posicionaram de forma crítica ao despacho. Este artigo mantém a definição do MS/2018 haja vista o processo de conquista (SADLER et al., 2016) do reconhecimento do termo como um dos primeiros passos para combatê-lo enquanto prática.

7 FIOCRUZ. **Pesquisa Nascer Brasil**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil>>. Acesso em 18 jan. 2019.



Mundial de Saúde (OMS) orienta um limite de até 15% de cesarianas, sendo esses casos motivados, principalmente, por impossibilidade de parto normal. Sabe-se que a cirurgia incorre em maiores riscos de morte e complicações tanto para a mãe, quanto para o bebê.

E com esta confluência de elementos institucionais e com a desterritorialização do corpo da mulher no momento do parto é que se permite que um evento fisiológico pertencente à mulher se torne um evento médico, onde ela é objeto do processo e o bebê, um produto final. A sujeição ocorre de forma facilitada quando a mulher se encontra abalada, o que acontece ao despir-se de suas vestes, ao entrar em um sistema de rotina predeterminado, institucionalmente, quando participa de atividades simbólicas incompatíveis com a sua vontade, inicia-se a mortificação⁸, o que chamamos aqui de desterritorialização, ou seja, “o movimento pelo qual ‘se’ abandona o território”⁹.

Além desta introdução, na segunda seção, este artigo apresenta uma leitura sobre a sujeição e despersonalização da mulher no processo de gestação e do parto. Na terceira seção, tem-se a abordagem metodológica e, na quarta, a construção de uma narrativa em multiplicidades de discursos, concebendo uma inteligibilidade sobre a questão central deste trabalho, conforme já destacado no formato de objetivo. Por fim, uma breve discussão sobre desterritorialização imprime os contornos das considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SUJEITAMENTO DO CORPO

Os mecanismos de sujeição merecem ser revisitados diante de óticas que englobam estruturas abrangentes, uma vez que a sujeição (do francês *sujet* – estar sujeito a) pode ser entendida em sua forma etimológica como a docilização de um corpo, ou seja, a sua submissão. Mas, ainda, como Foucault¹⁰ argumenta, o

8 GOFFMAN, op. cit.

9 DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. São Paulo: Editora 34, 2017. p. 238.

10 FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.



sujeito faz parte das práticas que o sujeitam, ou seja, ele faz parte das próprias forças que o põem em tal posição. Assim como Foucault, Deleuze e Guattari¹¹ também argumentam que o sujeito se inscreve em sociedade a partir de um aprisionamento que ocorre pelas dimensões da linguagem, da cultura e de valores morais, desde o seu nascimento, produzidas por meio do que se pode denominar de vetores institucionais, a começar pela família, escola, etc. Tais instituições, na relação com o sujeito, o desloca do devir, da dimensão de um corpo livre e sem órgãos, inscrevendo-o em contornos identitários, de modos de vida, legitimando autoridades, instituições, pronunciamentos de verdades e regimes disciplinares. Essas estruturas se encontram, inclusive, na saúde pública, o que abarca a especialidade da obstetrícia, operadas pelos profissionais e serviços médico-hospitalares.

Uma vez que a linguagem faz parte das práticas que constituem os sujeitos e suas relações, torna-se importante entender esta visão “gramatical” e disciplinada, e Canguilhem¹² situa as vivências do corpo entre o que é denominado normal e o patológico, embora não esteja seguro em colocar estes dois conceitos como opostos. Ele explica que quando o normal entra em desarmonia, torna-se patológico. Nessa linha de pensamento, os fenômenos vitais normais situam-se quase na linha oposta do que pode ser considerado patológico. Diante das concepções do autor sobre os processos normais e patológicos do corpo humano, torna-se necessário questionar o que seria de um processo de gestação e parto senão um fenômeno fisiológico vital e normal, não somente à fisiologia do corpo da mulher, mas também à sociedade?

No entanto, em um processo fisiológico inerente a uma condição individualizada, logo não padronizada, há pouco espaço para que seja inserido de forma gerencialista, em um processo produtivo padrão capaz de suportar planejamento, organização e controle, sobretudo pela lucratividade institucional. A constante medicalização e patologização da gestação e do parto, realizada pelos profissionais e serviços médico-hospitalares, acabam por retirar o processo vital pertencente ao corpo feminino e colocá-lo nas mãos de instituições, ao transformá-los em eventos médicos, fora do território

11 DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O anti-édipo**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

12 CANGUILHEM, op. cit.



feminino, no entanto, mais ajustável ao processo produtivo almejado. Análogo a este comportamento, o que se vê nos relatos sobre violência obstétrica que são publicados, é justamente o não pertencimento ao próprio corpo e aos fenômenos a ele inerentes. Em face dessa intervenção, a mulher se sente objetificada, manipulada nessa linha produtiva, cujo produto final é o nascimento do bebê.

Para o que é doença, a ciência, e consequentemente a medicina, deveria atuar sob o princípio de utilizar o fenômeno terapêutico como uma incitação à volta do seu estado natural, do qual havia se afastado. Como está presente no princípio de Bichat, “a finalidade de qualquer processo curativo é apenas fazer as propriedades vitais alteradas voltarem ao tipo que lhes é natural”¹³. Na prática obstétrica, o princípio curativo de Bichat é evidenciado como padrão, e não como algo a se recorrer em casos de real patologização, que é quando o parto necessita de procedimentos médicos paliativos ou cirúrgicos como a cesariana. Em suma, todo normal torna-se patologizado para se enquadrar em uma linha produtiva sob procedimentos e padronizações que “curam” patologias, existentes ou não.

No entanto, é a patologização do parto que permite a sua inclusão nos sistemas de saúde vigentes e sua sujeição aos saberes médicos e ainda permite a sua inserção na padronização institucional. Quando todo “normal” (e com isso todas as suas peculiaridades) se torna patologizado, é possível seguir o procedimento padrão baseado na ciência médica como forma curativa para todos os casos. A atuação esperada seria um suporte médico, com monitoramento da saúde do binômio mãe-bebê durante o pré-natal, a serviço da pessoa, e não com autoridade sobre, e ainda respeitando as decisões da mulher em relação às condutas que ela pode escolher, com informação e protagonismo. A gestação de fato possui um potencial de patologias, no entanto, os protocolos médicos atuam mais fortemente sobre esse potencial do que com o evento natural, e conforme cita o Caderno HumanizaSUS¹⁴, a exclusão da subjetividade do indivíduo foi o produto de um processo de reconhecimento do que é ciência e do

13 CANGUILHEM, op. cit., p. 41.

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanização do parto e do nascimento. **Caderno HumanizaSUS**, Brasília, v. 4, 2014.



que é saúde, sendo a doença o principal objeto de estudo, e a saúde um conceito constantemente em risco.

Em 1948, esse problema médico já tinha sido evidenciado, e determinado que o conceito de saúde fosse substituído pelo conceito de bem-estar, que é relativo a cada pessoa, e assim, sendo individualizada, fortalecendo a dimensão da subjetividade¹⁵. No entanto, o sistema obstétrico atual parece estar muito mais ligado ao modelo tecnomédico (Quadro 1), com a objetivação do indivíduo como portador do objeto de estudo que é a doença. Com a Reforma Sanitária de 1988, a constituição passa a rever o atendimento humanizado ao parto, considerando as perspectivas de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, as quais deveriam estar presentes na efetivação de um novo modelo obstétrico e neonatal, de modo a se produzirem ações integrais de saúde em função das necessidades das mulheres e crianças, de parto e nascimento seguros e humanizados e da construção e sustentação de redes perinatais. O nascimento, assim, passa a ser considerado um evento biopsicossocial, e reconhecido como evento biológico – anatômico, psicológico e bioquímico, integrado a componentes mentais e espirituais, que é por natureza feminino, intuitivo, sexual e espiritual¹⁶. Essa diferenciação de paradigma foi classificada em três modelos, conforme o Quadro 1. Esses modelos não ocorrem de forma exclusiva, mas podem atuar em conjunto, e o modelo de assistência pode transitar entre eles de acordo com características institucionais, médicas, culturais, entre outros.

15 *Ibidem*, p. 25.

16 *Ibidem*, p. 25.

Quadro 1 – Modelos assistenciais de atenção ao atendimento médico-institucional

Modelo Tecnomédico ou Biomédico	Modelo Humanista	Modelo Holístico
1. Separação corpo-mente.	2. Conexão corpo-mente.	3. Unicidade de corpo-mente e espírito.
4. O corpo como máquina.	5. O corpo como organismo.	6. O corpo é um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia.
7. O paciente como objeto.	8. O paciente como sujeito relacional.	9. Cura da pessoa em sua integralidade em um contexto de vida como um todo.
10. Alienação do médico em relação ao paciente.	11. Conexão e carinho entre médico e paciente.	12. Unidade essencial entre médico e cliente.
13. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando uma disfunção).	14. Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora.	15. Diagnóstico e cura de dentro para fora.
16. Organização hierárquica e padronização de cuidados.	17. Balanço entre os desejos da instituição e do indivíduo.	18. Estrutura organizacional em rede que facilita a individualização da assistência.
19. Autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente.	20. Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente.	21. Autoridade e responsabilidade inerente a cada indivíduo.
22. Supervalorização da ciência e tecnologia dura.	23. Ciência e tecnologia contrabalçada com o humanismo.	24. Ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo.
25. Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo.	26. Foco na prevenção da doença.	27. Focalização, em longo prazo, na criação e manutenção da saúde e do bem-estar.
28. A morte como derrota.	29. A morte como resultado aceitável.	30. A morte é um processo.
31. Um sistema dirigido pelo lucro.	32. Cuidados dirigidos pela compaixão.	33. A cura é o foco.
34. Intolerância a outras modalidades.	35. Mente aberta para outras modalidades.	36. Abarca múltiplas modalidades de cura.
Princípio básico subjacente: separação.	Princípios básicos subjacentes: balanço e conexão.	Princípios básicos subjacentes: conexão e integração.
Tipo de pensamento: unimodal, lado esquerdo do cérebro e linear.	Tipo de pensamento: bimodal.	Tipo de pensamento: fluido, multimodal e lado direito do cérebro.

Fonte: Elaboração dos autores com base em Caderno Humaniza SUS, 2014.

O movimento de parto humanizado tem atuado como linhas de fuga das ações gerenciais previstas para a assistência obstétrica brasileira, com alterações estruturais importantes que beneficiam o modelo Humanista ou Holístico, com o afastamento da objetificação dos corpos e da linha produtiva prevista no sistema tecnomédico. Para que uma alteração estrutural no sistema de assistência possa ocorrer, uma alternativa muito utilizada por países de primeiro mundo que diminuíram suas taxas de cesáreas é desvincular o parto das instituições de saúde e da sujeição do médico por meio de novos espaços, como as Casas de Parto, também presentes no Brasil, porém, ainda em quantidade muito insuficiente para a demanda. Esses espaços contam com a atuação multidisciplinar de enfermeiras obstétricas, terapeutas, doulas, entre outros. Assim, o parto de gestantes de baixo risco ocorre de forma fisiológica e não patológica, e os casos de patologia são transferidos para um hospital, geralmente anexo ou próximo.

Como se verifica, os modelos Humanista e Holístico propõem um caminhar por práticas construídas pela dimensão do sentir, do corpo, não exclusivos à racionalidade técnica. A autoridade e o poder construídos na relação entre a mulher, o médico e os serviços hospitalares (ou de saúde) são horizontalizados. A mulher passa a ocupar outro lugar, deslocando-se da dimensão do paciente passivo. De acordo com Deleuze e Guattari¹⁷, acessar o corpo sem órgãos, a partir da suspensão da autoridade e da linguagem médicas como referenciais, é driblar a captura e as verdades disseminadas pela máquina do *sócius*, moderna e transcendente. Mediante esse despir-se do discurso hegemônico (grade cultural e referencial) e acesso ao desejo na dimensão da vontade de potência (e não pela falta do saber médico), a mulher afirma diferença ao produzir na relação com o saber médico-hospitalar que também passa a se diferenciar^{18,19,20}.

17 DELEUZE; GUATTARI, 2011, op. cit.

18 Ibidem.

19 ROLNIK, Sueli. **Esferas da insurreição**: Notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: N-1, 2018.

20 SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

2.2 SUJEIÇÃO DO INDIVÍDUO

Antes de falar de sujeição, é necessário falar de poder e dos seus emaranhados de atuação social. O porquê disso se designa pelo fato de que o controle da sociedade sobre os indivíduos não começa pela ideologia ou pela consciência, mas começa no corpo e com o corpo²¹. Nesse modelo tanto o esquema capitalista como a medicina utilizam-se do corpo, e conseqüentemente da sua sujeição como estratégia biopolítica. E no controle do corpo, das formas de vivências, na sujeição deste a um sistema, ou à uma máquina social²², é que o poder se alastra e desenvolve.

A sujeição começa com o poder disciplinante dos corpos – sistematizados, categorizados, postos em ordem e padrão, desejando a autorrepressão. A disciplina é senão a primeira forma de destituição do próprio corpo, pois ao colocá-lo à disposição de regras e verdades institucionais (circuito moral-científico, por exemplo), sujeitado à autoridade médico-hospitalar, obediente à vigilância e ao registro contínuo, os corpos dóceis passam a se conceber na dimensão passiva, inscritos na linguagem (grade referencial), legitimando a autoridade da medicalização, objetificados²³. Esse poder faz parte das instituições quando ao adentrar em seu sistema, a mulher passa a fazer parte de uma cadeia onde sua subjetividade deixa de ser levada em consideração em detrimento das rotinas e normativas institucionais. É neste contexto que “o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos”²⁴.

Para Foucault, a constituição do sujeito enquanto objeto de conhecimento para si mesmo é o cerne do que podemos chamar de subjetividade, que é a maneira pela qual o sujeito faz uma experiência de relacionamento consigo mesmo²⁵. Podemos pensar, assim, que a subjetividade é o reconhecimento de si enquanto sujeito e, ainda, objeto passível de relacionamento com o mundo externo e com seu mundo interno, por meio do pensamento e da constituição de si. E é nessa rede de relacionamentos em que o indivíduo sente se a sua

21 FOUCAULT, 1979, op. cit., p. 80.

22 DELEUZE; GUATARRI, 2011, op. cit.

23 FOUCAULT, 1979, op. cit.

24 Ibidem, p. 111.

25 FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade** – o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.



subjetividade é sujeitada ou protagonista enquanto potência de ser²⁶. Na condição de sujeito, a mulher se vê agindo de acordo com normas institucionais, com a cultura aceita, ou na condição de se inserir na forma de ser que lhe é imposta socialmente.

Neste estudo, a forma de sujeição normatizada está na relação paciente *versus* instituição médica, onde o poder está constituído para aquele que detém os procedimentos e o saber-técnico, uma autoridade já estabelecida por um conjunto de práticas de poder que não precisa necessariamente agir sobre o outro, mas sobre as ações do outro²⁷. A palavra paciente fala muito por si só. De origem latina, “paciente” significa aquele que suporta, que resiste. A palavra em si já denota a passividade, a própria sujeição a outrem.

2.3 DESPERSONIFICAÇÃO DA MULHER NO MOMENTO DO PARTO

Os mecanismos de despersonificação há muito tempo são utilizados como uma trajetória de sujeição, tanto dos termos de dominação quanto da aceitação dessa relação na sociedade. Goffman²⁸ descreve sobre as formas de despersonificação dentro de instituições totais, ou seja, aquelas onde os indivíduos a elas se encontram sujeitados, realizando suas atividades cotidianas por um certo período de tempo, com características de enclausuramento, ou seja, de não contato com a vida externa. São elas: os conventos, hospitais psiquiátricos, prisões, mosteiros, entre outros. Nessas organizações, a primeira violação de privacidade ocorre, segundo Goffman²⁹, no momento da admissão às instituições, mesmo que voluntária. Para dar entrada em um hospital é necessário registrar um conjunto de informações pessoais, as quais atendem ao controle da burocracia e também ao serviço prestado pela equipe médica e diretiva da instituição. Para o referido autor, nesse momento a fronteira entre o indivíduo e a organização já é invadida pela segunda. Depois desses registros, o indivíduo (a mulher), ao ter que se vestir com roupas próprias da instituição, ser categorizado em alas, expor sua nudez e necessidades fisiológicas a conhecimento da instituição, ter suas

26 ROLNIK, op. cit.

27 FOUCAULT, 1984, op. cit.

28 GOFFMAN, op. cit.

29 *Ibidem*, p. 31.

visitas e acompanhamentos controlados, realizar exames onde “tanto o examinador quanto o exame penetram a intimidade do indivíduo e violam o território do seu eu”³⁰, como o caso dos toques vaginais, e ao se sujeitar-se a uma relação de poder-saber científico inerente à equipe médico-hospitalar, sofre o processo de sujeição da mulher, em razão de sua despersonalização.

Embora não haja muros altos, portas-fechadas ou nenhum mecanismo físico de contenção, as internas, na sua grande maioria, passam a obedecer a um mecanismo de “alta hospitalar” para que possam se ausentar da instituição. Outros pontos em comum entre as instituições fechadas de Goffman e as maternidades são: 1) a constante supervisão; 2) a autoridade de quem detém o poder, que se estabelece por meio do conhecimento técnico (poder-saber descrito por Foucault³¹); 3) a distância social entre os estratos sociais de quem é interno e quem os supervisiona, como a equipe médica e de enfermagem; 4) a padronização de procedimentos e atendimentos às demandas, e; 5) a sujeição do interno às rotinas e modos de vida da instituição, como horários e rotinas que devem ser obedecidos.

3 METODOLOGIA

Para desenvolver esta leitura, o presente trabalho pautou-se em uma abordagem construcionista social³², o que envolveu a imersão em um campo-tema³³ dimensionado como gestação e experimentação do parto na relação com a linguagem médico-hospitalar tradicional/hegemônica e a linguagem alternativa humanizada. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual desenvolve uma inteligibilidade sobre a sujeição da mulher à autoridade médica e hospitalar no momento do parto, com base em 24 narrativas de mulheres, sendo 23 escritas e 1 gravação.

A pergunta que norteou a pesquisa foi: “Em qual momento da sua gestação/parto/pós-parto você se sentiu tratada como um objeto do sistema sem autonomia do seu corpo?” As respostas vieram de diversas regiões do Brasil e os dados

30 Ibidem, p. 35.

31 FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

32 GERGEN, K. **An invitation to social construction**. 2. ed. Los Angeles: Sage Publications, 2009.

33 SPINK, Peter K. Pesquisa de campo em Psicologia Social: Uma perspectiva pósconstrucionista. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.



demográficos não foram coletados, tais como: idade, renda e demais informações socioeconômicas, uma vez que não é foco do estudo categorizá-las de alguma forma, respeitando assim o protagonismo e multiplicidade das respondentes. Os nomes foram suprimidos de forma que os relatos são citados sob a alcunha de “Entrevistada E(n)” a fim de manter o sigilo das informações prestadas.

Dos 24 relatos recebidos, apenas um foi descartado por não ter atendido ao objetivo da pergunta e, conseqüentemente, da pesquisa. Os relatos foram transcritos e organizados em um único documento, o qual serviu de base para o reconhecimento das situações de despersonalização e a emergência de conceitos como violência obstétrica, sujeição, medo e desamparo e desconhecimento sobre o que estava acontecendo com o seu corpo, além de quais e por quais motivos os procedimentos estavam sendo realizados.

As diferentes narrativas se encontram na dimensão de uma voz múltipla e uníssona, de algo que as mulheres desejam contar sobre a violência do sujeitamento ao experimentar a vivência da gravidez e do parto. Trata-se aqui de fundamental atuação micropolítica em luta pelo deslocamento da objetificação da mulher durante a gestação e o parto, ou seja, de um grito decolonial, que desterritorializa a mulher dos seus registros concebidos na sua relação de sujeitamento com a linguagem e o saber médico-hospitalar.

4 ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS: INTELIGIBILIDADE SOBRE A SUJEIÇÃO DA MULHER GRÁVIDA À AUTORIDADE MÉDICO-HOSPITALAR

O reconhecimento da sujeição é um processo. Em uma trajetória onde a maioria busca cuidado e afeto, nem sempre o reconhecimento da violência ocorre em um ato. A inscrição da mulher nesse sistema institucionalizado a despersonaliza pouco a pouco. Os relatos de parto têm exercido um grande poder de fala (a tentativa de ressignificação do passado), mas também de reconhecimento entre outras mulheres, uma vez que, ao ler/ouvir relatos, elas reencontram a própria história. O encontro com diferentes vozes de mulheres que experienciaram a gravidez e o parto, ritmizam dor, angústia, medo, abuso, um estado de objetificação institucionalizado, produzido por um sistema hegemônico operador da especialidade obstétrica, vigente no país e na cultura.

A mulher grávida se pega capturada por um circuito moral e autoritário, legitimado e produzido pela racionalidade científica e profissional que a constrange. Um constrangimento que se inscreve pelo corpo, por esse se encontrar afetado por vetores disciplinares, institucionalizados por normativas e procedimentos construídos por um saber que desautoriza o indivíduo (a pessoa), transformando-o em um sujeito dócil, desprovido de liberdade e de protagonismo na relação com o profissional.

No entanto, é exatamente por causa da angústia, de um desconforto, que as mulheres então submetidas aos códigos médico-hospitalares, encontram motivações para renarrar suas experiências e discursarem sobre a violência sofrida. É um desenvolvimento do pensar a partir do corpo, de uma ferida difícil de elaborar, mas que demanda enfrentamento por somente assim promover a efetuação da saúde mental e de necessária atuação micropolítica.

Por meio da leitura dos 24 relatos, repletos de emoção, de lutas e de lutos, emergiram algumas inteligibilidades importantes que evidenciam a despersonalização durante o parto, quais sejam:

1. O uso do poder-saber médico para desconsiderar os desejos da gestante por determinada via de nascimento;
2. A culpabilização ou responsabilização das mulheres em um processo onde elas, sem perceber, encontram-se como vítimas de violência em um sistema tecnocrata (Modelo Tecnomédico, Quadro 1);
3. A objetificação das mulheres com desconsideração às suas subjetividades, emoções e anseios psíquicos;
4. A despersonalização em si.

A violência obstétrica, que atua como um grande guarda-chuva e que envolve todos os modos de sujeição acima, ocorre de forma implícita ou explícita, física, moral, emocional ou psíquica e faz sofrer muitas mulheres, vítimas de um sistema obstétrico que ainda desconsidera a subjetividade humana nas práticas médicas, tratando os pacientes de forma objetificada, alienada, disfuncional, padronizada e com as demais características do modelo tecnomédico ou biomédico citado no Quadro 1.



A falta de informação ocorre em dois vieses. O primeiro quando há uma escolha “aparentemente” informada, mas baseada em informações que não correspondem à medicina baseada em evidências e achados científicos. Ainda existem muitos mitos que desencorajam a mulher ao parto normal, induzindo-a à opção cirúrgica como alternativa mais viável. O segundo é sobre a falta de informação sobre a fisiologia do parto e seu processo, assim como o funcionamento do próprio corpo, deixando as mulheres vulneráveis ao poder-saber de outrem. O desconhecimento das reais causas de indicação médica para cesarianas está presente em muitos relatos, inclusive quando o médico desconsidera a vontade da gestante já no pré-natal, alegando que a gestante não poderá ter um parto normal, pois: “quebrei o meu braço na gestação” (ENTREVISTADA E4); “o bebê é muito grande” (ENTREVISTADA E13); “que só pode até as 39 semanas” (ENTREVISTADA E16); “Você está acima do peso” (ENTREVISTADA E21), o que evidencia que:

O poder médico encontra suas garantias e justificações nos privilégios do conhecimento. O médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico que é do mesmo tipo que o do químico e do biólogo, eis o que permite a sua intervenção e a sua decisão³⁴.

As indicações de cesárea, citadas acima, denunciam mais um não desejo da equipe médica em acompanhar um parto, que uma indicação real e absoluta. Durante um momento delicado, envolvendo o nascimento de um bebê, dificilmente a mulher ou a família estão dispostas a enfrentar o posicionamento médico, prevalecendo a sujeição. A Entrevistada E22 narra que “no momento em que o médico disse ‘tem que ser cesárea’, tive que aceitar o que ele dizia. Pra mim ele estava no comando. Não chamaram meu marido para a sala de parto e não colocaram o bebê no meu peito” (RELATO DA ENTREVISTADA E22).

As gestantes que não foram bem informadas na gravidez, sobre o parto e seus processos, e principalmente pelas patologizações que podem vir a surgir e que culminam em uma cesariana, acabam não tendo recursos para se posicionarem diante de uma alegação que desviam a conduta previamente combinada (como no caso das gestantes que optam pelo parto natural e acabam sendo direcionadas para intervenções ou até mesmo para a cesariana).

³⁴ MIGNOLO, Walter. Colonialidade: O lado mais escuro da modernidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 32, n. 94, jun. 2017.



Os relatos evidenciam ainda uma culpabilização constante e responsabilização das mulheres de forma que elas vão se fragilizando pouco a pouco, e se sujeitando para que não sejam culpabilizadas, caso algo aconteça:

1. Passamos por três pediatras durante essas horas até que a última me disse que a culpa era minha porque minha filha não tinha tomado o tal banho de sol e estava com icterícia. (RELATO DA ENTREVISTADA E3);
2. Se eu me mexesse eu poderia contaminar o campo. (RELATO DA ENTREVISTADA E10);
3. (Quando eu optei pelo parto normal) meu médico já me assustou dizendo que era muito perigoso uma rotura uterina, que não tinha como saber se iria acontecer e então eu e o bebê morreríamos. (RELATO DA ENTREVISTADA E13);
4. Eu seria responsável por algo que desse errado (RELATO DA ENTREVISTADA E16);
5. Fui humilhada por estar acima do peso, ouvindo um "engravidou assim porque quis, assumiu o risco". (RELATO DA ENTREVISTADA E21).

Isso evidencia uma ausência de acolhimento, onde a mulher precisa ser integrada às decisões e informada dos potenciais riscos realmente existentes em cada decisão, não de forma a culpá-la pelo risco (item 3 acima), mas para atuar como protagonista na tomada de decisões.

Ao integrar realmente a mulher como protagonista do parto, e colocá-la em uma posição que faz parte de um conjunto, a culpabilização, como evidenciado, não teria justificção para acontecer. Os argumentos, previamente mencionados, ainda estão fortemente relacionados com a violência obstétrica de forma verbal, psíquica e emocional, sofrida por essas mulheres. Além disso, por evidenciarem sentimento de culpa por algo, assim foram categorizados, indicando explicitamente um dos elementos constituintes da despersonalização, segundo Goffman³⁵, e também da violência obstétrica.

Durante as internações, algumas mulheres relataram o que as fizeram se sentir como um objeto, destituídas da própria subjetividade. É percebido por elas muito mais quando acontecem situações de descaso do que quando a objetificação ocorre a partir dos meios evidenciados por Goffman³⁶, os quais se referem às normas institucionais e ao cotidiano das internações como mostra a teoria. Talvez a objetificação seja percebida de forma muito subjetiva e incons-

35 GOFFMAN, op. cit.

36 Ibidem.

ciente desde o momento da internação, mas culmine em uma real percepção, justamente nos momentos de desamparo, como indicam os relatos a seguir:

1. Então me deixaram sozinha na sala com as pernas levemente inclinadas, meu marido acompanhou nosso bebê e eu fiquei ali... Me sentindo como uma “máquina de retirar bebê”... Era como se já tivessem retirado o que importava de mim e naquele momento eu era nem um corpo inteiro (pois não estava sentindo nada da cintura para baixo). (RELATO DA ENTREVISTADA E4);
2. Quando me deixaram no corredor quase duas horas esperando pela liberação do plano de saúde e minha filha ficou no berçário. (RELATO DA ENTREVISTADA E9);
3. Comecei a perguntar para a enfermeira sobre quanto tempo durava a anestesia, e por que eu estava sentindo tanto frio? Ela respondeu e pediu para que eu parasse de fazer tantas perguntas. Foi aí que eu comecei a sentir que naquele momento eu não tinha autonomia nenhuma. [...]. No momento de sair da sala de parto as enfermeiras me pegaram, levaram para o quarto e me colocaram na cama de um jeito bruto, me senti um objeto, pois além disso ninguém conversava comigo e eu não podia fazer perguntas. (RELATO DA ENTREVISTADA E11);
4. Durante o pós-parto, internada por infecção não identificada, percebi que as técnicas haviam trazido uma dose errada de medicamento. Reclamei e elas simplesmente não me deram ouvidos. Ao longo do dia comecei a sentir dores e na outra dose do medicamento, reclamei de novo. Fingiram que ouviram e que iam confirmar no prontuário. Falei com a obstetra, ela confirmou que eu estava certa e foi preciso que ela intervisse (sic) para que dessem o medicamento na dose certa. [...] Fui reduzida a um prontuário que sequer era lido de forma correta. (RELATO DA ENTREVISTADA E15).

Nos relatos, fica evidente a não atuação ativa da mulher no processo de parto, apenas como uma via possibilitadora. Após o nascimento do bebê – “produto final” –, a mulher, na condição de não protagonista do parto, não é legitimada como um indivíduo portador de subjetividades, mas principalmente atua como um meio (sujeito) que possibilita o nascimento, que se vê em uma posição de descarte (relatos 1, 2 e 3 acima). No pós-parto, a entrevistada E15 (item 4 acima) mostra como ela se sentiu reduzida a um prontuário, quando por diversas vezes ela denunciou o erro ao ministrarem um medicamento na dose errada, e ela se sentiu desconsiderada pela equipe de enfermagem.

Os mecanismos de despersonificação de Goffman³⁷ são evidenciados nos relatos, onde a instituição impõe à mulher a sujeição à rotina institucional. Por mais que pareça uma organização da rotina de uma instituição, autores

³⁷ GOFFMAN, op. cit.



como Goffman³⁸ e Foucault³⁹ mostram como esses mecanismos estruturais da instituição atuam de forma a disciplinar o indivíduo, e docilizá-lo, como uma forma de atuação de poder.

Sendo o regime disciplinar às normativas, umas das primeiras formas de sujeição do indivíduo ao colocá-lo dentro de normas, rotinas, vestes, processos e procedimentos médico-hospitalares, o paciente é um recém-chegado que deve adequar-se à instituição, que funciona e existe independentemente das particularidades dos internos que chegam e que saem. E não é exatamente essa organização institucional que é questionada, mas a força de atuação como uma estrutura de poder, de linguagem, capaz de não legitimar as subjetividades do indivíduo, ao enquadrá-lo de forma objetivada. Os relatos que seguem exemplificam as formas de sujeição à estrutura pela qual os corpos das mulheres se inscrevem em perda de subjetividade:

1. Ao chegar ao hospital, na data e horário marcados, fui orientada a tomar banho (eu já havia tomado, mas essa orientação não me dava escolha e tomei novamente), coloquei as roupas do hospital [...] Meu filho nasceu, então me mostraram meu filho e ele foi levado ao pediatra fazer os procedimentos-padrão. (RELATO DA ENTREVISTADA E4);
2. Quando durante o trabalho de parto eu pedi um copo de água e não me permitiram beber. (RELATO DA ENTREVISTADA E8);
3. Eu fui privada de comer. Privada de parir na posição mais confortável. Tive minhas pernas seguradas enquanto o médico tentava puxar o Vincent com os próprios dedos, enquanto eu gritava apavorada. Tive a barriga empurrada em uma manobra proibida, fora do período expulsivo e sem estar com dilatação total. Perdi a estabilidade, me botaram oxigênio e com a sonar ouvi os batimentos do meu filho sumindo. Foi apavorante. (RELATO DA ENTREVISTADA E21).

O silenciamento da subjetividade decorre da forte evidência de sujeição e desconsideração da condição de vivente a que a Entrevistada E21 foi submetida. Todas essas formas de sujeição, de despersonificação, e objetificação culminam de forma mais explícita com a violência obstétrica:

1. Na hora de fazer o toque, foram seis pessoas colocando a mão para ver a dilatação. Me senti constrangida, por mais que o HU seja um hospital Universitário, são muitas pessoas tocando em você sem nem perguntar se está tudo bem. (RELATO DA ENTREVISTADA E1);

38 GOFFMAN, op. cit.

39 FOUCAULT, 1979, op. cit.



2. No meu primeiro filho, aos 21 anos ...cansei de ouvir em trabalho de parto normal, algo do tipo "Ahhh ela é novinha, ela aguenta ter o bebê de parto normal, foi fácil pra fazer". (RELATO DA ENTREVISTADA E2);
3. Quando eu pedi para não me cortarem (episiotomia) e mesmo assim fizeram. (RELATO DA ENTREVISTADA E8);
4. No parto, quando amarraram minhas pernas mesmo eu pedindo pra não fazer, quando fizeram episiotomia mesmo eu não querendo, quando a enfermeira subiu e empurrou minha barriga. (RELATO DA ENTREVISTADA E9);
5. Meu parto foi normal, pedi pra não fazerem a episiotomia e o médico riu, fez e usou o fórceps. Depois o anestesista subiu em mim pra empurrar o bebê, não podia me mexer pra não contaminar o campo e uma enfermeira reclamava o tempo todo do tempo, porque o filho não parava de ligar perguntando por que ela não estava em casa. (RELATO DA ENTREVISTADA E10);
6. Na primeira gestação, com 37 semanas a obstetra fez "exame de toque", que na verdade era forçar a dilatação para o parto normal. (RELATO DA ENTREVISTADA E12);
7. Quebraram duas costelas numa cesariana. (RELATO DA ENTREVISTADA E20);
8. Fui humilhada por estar acima do peso, ouvindo um "engravidou assim porquê quis, assumiu o risco" enquanto chorava com medo de perder o Vincent. Mas a culpa não era do meu corpo. Ser gorda ou magra não impede o corpo de fazer seu trabalho. A culpa era a pressa do médico em me fazer dar à luz. Ouvi isso como se toda gravidez fosse planejada, como se ninguém engravidasse sem esperar. "Cesária em você só em último caso, vai ficar toda aberta e infeccionada". Ouvir isso no momento mais frágil da minha existência me desmontou. Ao subir para o quarto após a cesariana de emergência, eu só chorava repetindo que ficaria infeccionada, e a enfermeira chefe teve de vir me tranquilizar. A praga pegou e eu realmente fiquei toda aberta e infeccionada um mês. A humilhação não foi a única violência que sofri. (RELATO DA ENTREVISTADA E21);
9. Aonde (sic) um médico da ultrassonografia perguntou se essa gestação era do mesmo pai do meu primeiro filho, e disse que eu deveria ser internada por ter dois filhos com 24 anos. Eu, por estar passando por um problema de aceitação com a gravidez, sofri muito com o comentário! (RELATO DA ENTREVISTADA E17)
10. Você não tá com dor a ponto de gritar desse jeito! (RELATO DA ENTREVISTADA E18).

Como já descrito, a violência obstétrica pode ocorrer de forma verbal, física, psíquica e emocional, e como todas as formas de atuação que firam a dignidade da mulher, no momento do pré-parto, parto e pós-parto. Como violência verbal fica evidente os discursos dos itens 2, 5, 8, 9 e 10. Qualquer forma de depreciação verbal, risos, desconsideração e apropriação de algo tão subjetivo como a dor



(item 10) fazem parte do que é considerado violência obstétrica. O toque vaginal é um procedimento que pode ser utilizado em trabalho de parto para avaliar a progressão da dilatação, trata-se de um procedimento que auxilia, mas não se faz necessário, se feito de forma dolorida, excessiva ou sem consentimento, pode ser considerado violência obstétrica⁴⁰.

Procedimentos realizados no parto normal, dificilmente atuam de forma isolada, por exemplo, o uso da ocitocina sintética aumenta muito a intensidade da dor devido à força das contrações, e os efeitos secundários vão desde o pedido de analgesia até uma cesárea intraparto. Isso se deve às alterações do batimento cardíaco do bebê e, no caso das analgesias, elas podem culminar em um descontrole no período expulsivo, que geralmente fica associado ao uso de outros procedimentos considerados violência, como a Manobra de Kristeller (itens 4 e 5 acima), uma manobra de empurrar a barriga da parturiente com o objetivo de expelir o bebê, e a episiotomia (itens 3, 4 e 5 acima), um corte feito no períneo com o objetivo de aumentar a amplitude de passagem vaginal. Desde 1980, existem evidências científicas suficientes para desaconselhar o seu uso, no entanto, a episiotomia ainda é realizada rotineiramente nos partos vaginais. Seu uso recomendado deve se limitar ao máximo em 15% a 30% dos casos e com justificativas de sofrimento fetal ou materno⁴¹.

A utilização de fórceps ou vácuo extrator, por exemplo, deve ter seu uso restrito a situações de emergência, como risco à vida da mãe ou do bebê. É comum uma intervenção geralmente acarretar em outras intervenções que culminem no efeito cascata de procedimentos dolorosos e invasivos⁴².

Desautorizar a preambulação/movimentação (item 5 acima) ou obrigar a posição litotômica (item 4 e 5) também são violências obstétricas que ocorrem de forma muito comum. O Ministério da Saúde⁴³, no Caderno HumanizaSUS, dispõe de algumas recomendações para um atendimento respeitoso com a parturiente, para que exista, principalmente, uma mudança de cenário hospitalocêntrico para um atendimento humanizado:

40 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, op. cit.

41 DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

42 Ibidem.

43 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, op. cit.



Implica, sobretudo, uma mudança de postura das equipes e profissionais para que a fisiologia do parto seja respeitada, intervenções desnecessárias sejam evitadas (como ultrassonografias sem indicação clínica, episiotomia de rotina, cesariana eletiva sem indicação clínica e/ou sob falsos pretextos, exames de toque antes do trabalho de parto sem indicação clara, descolamento de membranas antes de semanas de gravidez, internação precoce, jejum, tricotomia e enema, restrição à liberdade de movimentos, uso rotineiro de soro com ocitocina, aspiração de rotina das vias aéreas do recém-nascido, entre outros).⁴⁴

Para “fugir” do sistema obstétrico vigente, as mulheres geralmente buscam procedimentos alternativos ou rotas de fuga em meio de doulas ou equipes humanizadas. A entrevistada E13 relata que conseguiu ter um parto humanizado, com o respeito e autonomia que ela buscava, após duas cesarianas em que ela relata que o sistema não a permitiu viver o parto. Após duas gravidezes em que sua busca e seus desejos não foram atendidos e nem sequer considerados, recebeu o terceiro filho por meio de uma equipe que a ouvia e a legitimava como uma mulher com autonomia perante o próprio corpo e as vidas ali presentes:

Minhas necessidades mais íntimas foram atendidas, as necessidades do meu corpo foram atendidas, da minha bebê foram atendidas, dos meus filhos mais velhos foram atendidas... e eu realmente me senti poderosa, forte, guerreira, empelcada pelo amor e delicadeza de uma equipe que me fez acreditar em mim e foi comigo até o final! (RELATO DA ENTREVISTADA E13).

A produção do parto na dimensão do encontro responsivo permite a relação de escuta e acolhimento, onde essas mulheres aprendem e elaboram sobre a experiência vivida, sobre o que poderia ter acontecido ou não, de forma que não se trata de procurar culpados para o sofrimento, mas de, principalmente, retirar de si toda a culpa que carregam por terem se permitido sentir o desconforto em um momento travestido como algo tão sagrado. Nos relatos elas citam que se sentem coagidas de relatar que não gostaram de algo no parto, pois afinal o mais importante aconteceu, o bebê nasceu bem e saudável. Mas, e a mãe?

As pessoas me acusavam com raiva e questionando o porquê de estar assim (chorando), que não pode haver motivo para estar assim, era ingratidão de minha parte chorar, porque o bebê não merece uma mãe como eu, que não fica alegre e feliz de ver o seu próprio bebê (RELATO DA ENTREVISTADA E12).

⁴⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, op. cit., p. 239-40.



Dentro desse processo de elaboração, algumas mulheres chegam a ir às maternidades buscar o prontuário para confrontar se tudo o que a equipe médica fez foi relatado nos documentos, tal comportamento faz parte de um processo que se inicia com o intuito de cura e acaba em muitos casos com uma busca de informar e ajudar outras mulheres também, seja nos círculos de amizades ou nos grupos de apoio, pois as mulheres não querem que a violência sofrida se repita com outras. A grande maioria deseja e luta por uma mudança no sistema obstétrico:

Além de não submeter-se a institucionalização, o novo tipo de ativismo não restringe o foco de sua luta a uma ampliação de igualdade de direitos - insurgência macropolítica -, pois a expande micropoliticamente para a afirmação de um outro direito que engloba todos os demais: o direito de existir ou, mais precisamente, o direito à vida em sua essência de potência criadora. Seu alvo é a reapropriação da força vital, frente a sua expropriação pelo regime colonial-capitalístico⁴⁵.

Muitos relatos vieram repletos de incentivo e agradecimento com palavras que se referem à luta, às vozes que não devem se calar e às reivindicações ao protagonismo que lhes foram retirados nesse momento. Esse movimento atua de uma forma micropolítica muito importante, seja nas pequenas atuações em grupo ou no que parece ser simples, o reconhecimento de si mesma após a vivência desses momentos e a elaboração do que foi vivido de uma forma que possa ser usada para si, e para ajudar outras mulheres, ajuda essa que chamam de ativismo, mas que se pode entender como sororidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho está para além do caráter informativo e explicativo sobre as formas de despersonalização que a mulher sofre dentro das instituições, no momento de gestação, parto e pós-parto, ele se constitui em micropolítica, em resistência em face das imposições advindas da autoridade médico-hospitalares, de categorias profissionais. É necessário, cada vez mais, mecanismos que atuem a favor da desconstrução da passividade da mulher enquanto sujeição a um sistema que, na maioria dos casos, ainda ocorre de forma tecnocrata e mecânica, e desautoriza as mulheres do protagonismo nas relações a partir do acionamento do corpo.

⁴⁵ ROLNIK, op. cit., p. 24.



A desterritorialização ocorre com a colonização desse evento biopsicossocial. Com o surgimento das cidades e vida moderna, do modo de vida industrial, a saúde passou a ser assistida dentro desse modelo social que se desenvolvia por meio de técnicas, procedimentos, padronização, e o parto passou, progressivamente, a pertencer ao modelo institucional, e cada vez menos aos saberes ancestrais. A tecnologia e o avanço da medicina possibilitaram a cura de diversas patologias, inclusive aquelas desenvolvidas a partir da gestação ou atreladas ao parto. No entanto, a desterritorialização foi evidente, o parto não pertencia mais às mulheres, tampouco seus corpos e desejos. O modelo tecnomédico treinou o olhar dos seus profissionais para a objetificação dos corpos e dos indivíduos, e por mais que existam tentativas de humanização e de atenção ao modelo holístico, os relatos ainda evidenciam fortemente a vigência do modelo tecnomédico.

A humanização do parto simboliza, assim, um retorno de práticas que foram oprimidas pela linguagem hegemônica construída como projeto de modernidade da sociedade capitalista. As propostas de atuação e resistência, por meio das micropolíticas ativas, ocorrem ao travar um encontro dessas mulheres com suas experiências vividas, de modo que elas possam elaborar de forma “pessoal-sensorial-sentimental-cognitiva”⁴⁶ suas experiências e o reconhecimento das subjetividades reprimidas, com objetivo de cura e de atuação social, para que outras mulheres se beneficiem de uma experiência de autonomia e liberdade no parto, vivendo esse momento na sua potência máxima de devir.

No campo macropolítico é possível ver que existem ações que remontam à três décadas sobre a humanização do parto, mas dados os últimos relatos e tantos estudos que mostram que a violência obstétrica, em todas as suas faces, ainda ocorrem nos ambientes institucionais, e dados os últimos números que posicionam o Brasil como um dos líderes na quantidade de cesarianas realizadas, percebe-se que essas políticas precisam de mais atuação e de maior alcance, pois muitas mulheres ainda chegam à maternidade com pouco ou nenhum conhecimento sobre a fisiologia do parto e sobre como lidar com os procedimentos. Os relatos evidenciam que a sujeição ainda ocorre e, muitas vezes, culmina na violência obstétrica e na despersonalização das mulheres enquanto protagonista do próprio corpo.

46 ROLNIK, op. cit.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanização do parto e do nascimento. **Caderno HumanizaSUS**, Brasília, v. 4, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Você sabe o que é Violência Obstétrica?** Blog da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53079&catid=579&Itemid=50218>. Acesso em: 14 jan. 2019.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. REQ 129/2019 CSSF. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2200290>>. Acesso em: 22 jun. 2019.
- CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CERTEAU, Michel de. **História e Psicanálise: Entre Ciência e Ficção**. 2. ed. Belo Horizonte, 2016.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. São Paulo: Editora 34, 2017.
- _____. **O anti-édipo**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.
- DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.
- GERGEN, K. **An invitation to social construction**. 2. ed. Los Angeles: Sage Publications, 2009.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- FIOCRUZ. **Pesquisa Nascer Brasil**. 2012 Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascer-brasil>>. Acesso em: 18 jan. 2019.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade – o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- _____. **Vigiar e Punir**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1987
- LIPOVETSKY, Gilles. **A Era do Vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Barueri, SP: Manole, 2005.
- MIGNOLO, Walter. Colonialidade: O lado mais escuro da modernidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 94, jun. 2017.
- ROLNIK, Sueli. **Esferas da insurreição: Notas para uma vida não cafetinada**. São Paulo: N-1, 2018.
- SPINK, Peter K. Pesquisa de campo em Psicologia Social: Uma perspectiva pósconstrucionista. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.
- SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.