



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Serviço Social, relações de exploração/opressão e resistências de gênero, feminismos, raça/etnia, sexualidades

MATERNIDADE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES

MARIA DE LOURDES ZARANZA LOPES SOBREIRA ¹

RESUMO: O patriarcado coloca a maternidade no lugar de experiência compulsória à condição de ser mulher. O Estado, a Igreja e, sobretudo, a medicina participaram da formulação do imaginário social a respeito da maternidade como uma imposição aos corpos femininos. Desde o fim da Idade Média, com o controle das técnicas contraceptivas e de abortamento até a medicalização dos partos a partir do século XIX. Esta pesquisa bibliográfica discute a maternidade enquanto categoria sociológica em seu caráter de experiência feminina coletiva diversa, a fim de desvelar as cortinas do projeto societário patriarcal, que historicamente defende a figura da mulher apenas como um útero a ser fecundado, destituída de vontade própria, alienada dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Maternidade; Parto; Medicalização.

ABSTRACT: Patriarchy places motherhood in the place of compulsory experience to the condition of being a woman. The State, the Church and, above all, medicine participated in the formulation of the social imaginary about motherhood as an imposition on female bodies. Since the end of the Middle Ages,

¹ Profissional de Serviço Social. Universidade Estadual Do Ceará

with the control of contraceptive and abortion techniques until the medicalization of deliveries from the 19th century on. This bibliographic research discusses motherhood as a sociological category in its character of diverse collective feminine experience, in order to undress the curtains of the patriarchal societal project, which historically defends the figure of women only as a uterus to be fertilized, devoid of self-will, alienated from their sexual and reproductive rights.

Keywords: Motherhood; ChildBirth; Medicalization.

1. INTRODUÇÃO

A maternidade em diferentes momentos da história humana foi o que conferiu às mulheres algum valor, por menor que fosse, dentro de uma equação em que o corpo feminino representa um meio para chegar a um fim: a descendência. Isto significa que o valor conferido a cada mulher ao longo dos séculos, e em diferentes sociedades, se relaciona diretamente com sua capacidade de gerar filhos e filhas “saudáveis”, capazes de corresponder às expectativas sociais de cada tempo histórico e de seus projetos civilizatórios.

Destarte, pensar a maternidade como um destino definido apenas pela biologia dos corpos é algo insustentável a partir do momento em que se lança luz sobre dois aspectos centrais: em como a maternidade justificou a existência de corpos não fálicos em uma sociedade patriarcal e a constante produção de discursos e práticas de repressão destinados às mulheres que recusam essa função. Desta feita, ao observar a experiência de “ser mãe” enquanto categoria sociológica, não é possível falar sobre maternidade a partir de um referencial individualizante, mas sim através de uma perspectiva sócio histórica.

As transformações sucedidas no processo de procriação de seres humanos e o tamanho das populações ao longo dos séculos não correspondem apenas a um movimento estritamente natural. Próximo ao que é considerado o fim da Idade Média na Europa se observa como a Igreja, o Estado e a Medicina começaram a exercer considerável domínio sobre o nascimento das proles. Fato esse que por extensão impôs (e impõem) poder e controle sobre os corpos

femininos e suas funções.

Um dos exemplos mais simbólicos a ser mencionado é o momento do parto. O modo como a experiência de parir acontece e a forma como é atravessada por determinações socioculturais características de cada tempo histórico, e de cada localidade sucedem de formas diversas e envolve a participação de diferentes personagens sociais. Desta feita, se faz preciso afirmar antes de qualquer desdobramento, que o parto é um evento social. Neste estudo bibliográfico, elucidaremos, sobremaneira, a respeito do fenômeno da medicalização da cena do parto nos últimos três séculos.

E para além disso, trazemos para a baila das discussões como o processo de medicalização do parto por vezes representa o projeto societário patriarcal que defende a figura da mulher como uma mera reprodutora, um útero a ser fecundado, destituída de vontade própria, alienada dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

2. “Bendito é o vosso ventre”: A construção sociocultural da categoria maternidade

Nas sociedades ocidentais antigas, segundo Martins (2014), tanto na Grécia como em Roma, a importância da mulher era medida por sua capacidade em gerar herdeiros saudáveis, fato esse que obedecia, sobretudo, uma razão política, visto que, em Roma, principalmente no Período Imperial, o casamento e a geração de filhos eram assuntos da política e dinastia do Estado.

Séculos depois e mais ao sul no mapa, Mary Del Priore (2018) diz que, no Brasil Colonial, acreditava-se na existência de um círculo vicioso idealizado para submeter as mulheres a uma espécie de influência cósmica da natureza. De acordo com o pensamento dominante da época, era preciso ser filha, mulher e mãe para completar esse ciclo natural. A obrigação ou papel social das mulheres “consistia em manter, zelar, cuidar e educar a prole diversa, acima mesmo da licitude de sua origem. A gestão e administração dessa micro comunidade familiar acabou por reforçar a matrifocalidade já latente na sincrética sociedade colonial, bem como

destacou o poder informal da maternidade.” (DEL PRIORI, 2009, p. 48).

De acordo com Federici (2017), é na era mercantilista que o apoio ao crescimento populacional chega em seu auge. Além da acumulação dos metais preciosos, os mercantilistas acreditavam que a existência de uma grande população era a chave da prosperidade e do poder da nação, em razão de cada vez mais necessitarem de mão de obra para geração de o lucro e riquezas, o que já era uma expressão do capitalismo em ascensão.

As modificações na procriação e no tamanho das populações estão longe de serem acontecimentos automáticos ou naturais, para Federici (2017), durante todas as fases do desenvolvimento capitalista, houve a busca pelo controle da reprodução dos seres humanos. Por muitas vezes, o Estado teve de recorrer à regulação e à coerção, seja para expandir ou reduzir a força de trabalho. “Isso era especialmente verdade no momento em que o capitalismo estava apenas decolando, quando os músculos e os ossos dos trabalhadores eram os principais meios de produção. “. (FEDERICI, 2017, p. 180).

Ainda consonante com a autora, compreendemos que enquanto na Idade Média as mulheres podiam usar métodos contraceptivos e com isso conseguiam exercer certo controle sobre o parto, no capitalismo ascendente a situação se transformará. “Os úteros tornaram-se territórios políticos, controlados pelos homens e pelo Estado. (FEDERICI, 2017, p. 180). Isto porque os corpos femininos se tornaram máquinas de reprodução de trabalhadores e trabalhadoras, dessa forma, abortar entrou diretamente para a lista de proibições. A existência de uma criança se transforma em um investimento.

Em vista das formas de controle sobre a procriação, a maternidade passa a ser concebida como um imperativo às mulheres, oriundo de uma ideia pautada, sobretudo, na exaltação do “amor” e do “instinto” materno. Em outras palavras, o ideal de felicidade para as mulheres é posto, imediatamente, atrelado à realização do papel social da mãe. O “ser mãe” molda-se, no decorrer dos séculos, tornando-se

no imaginário social, condição inerente ao “ser mulher”.

Elisabeth Badinter (1980) expõe como a noção de maternidade presente nas sociedades ocidentais contemporâneas foi gestada em países da Europa ao longo de quase 300 anos. A autora observa os registros históricos da França, desde os séculos XVI até o XX. Nos primeiros três séculos analisados, Badinter relata como as mulheres francesas, principalmente nobres e burguesas, delegavam a amamentação e cuidado de seus filhos nos primeiros dois anos de vida para outras mulheres, a fim de conseguir manter um ideal de beleza e liberdade que era abalado pelo ato de amamentar e cuidar de um recém-nascido.

Amas de leite eram pagas para exercer tanto a função de nutrir, como os demais cuidados com as crianças. Entretanto, a prática do aleitamento mercenário implicava no alto índice de mortalidade antes do primeiro ano de vida das crianças, principalmente entre os séculos XVII e XVIII. Uma vez que, as amas eram miseráveis e, além de estarem responsáveis por muitos bebês ao mesmo tempo, tinham de trabalhar nas lavouras e, na maioria das vezes, tudo isso acontecia sob condições bastante insalubres.

O “infanticídio disfarçado”, conforme define Badinter (1980), se modifica com a chegada do último terço do século XVIII. A ideia sobre maternidade adquire outro sentido, visto que o imperativo do momento era a sobrevivência das crianças, e as perdas em vidas de fato começavam a interessar o Estado. Desta feita, a construção da imagem da mãe, de seu papel e de sua importância, comparadas aos séculos anteriores, modificaram-se radicalmente. Essa mudança diz respeito à responsabilização que cai sobre os ombros das mulheres para que elas deem conta da reprodução e do ciclo da vida, que passa a ser considerado desde a concepção, passando pela gestação, parto, amamentação até os cuidados com a criança/jovem e com a saúde familiar.

Além do Estado, a Igreja muito contribuiu com o plano de colocar a

mulher na centralidade da vida doméstica, enquanto principal responsável pelo cuidado com as proles, mirando a figura de Maria como modelo. Através da alegoria de uma gravidez concebida sem pecado, que, além de tentar controlar a sexualidade feminina, promove a ideia de redenção para mulher através da maternidade ao contar a história de uma jovem virgem que conquista admiração por ser aquela que aceitou, sem questionar, tornar-se “Mãe do filho de Deus”.

A antiga alegoria não é uma história sobre Maria, mas sim sobre o bendito fruto do vosso ventre, como diz a oração na versão romana: “Ave Maria cheia de graças, bendito é o fruto do vosso ventre Jesus (...)”. Mencionar esta oração advinda de trechos do Antigo Testamento pode parecer um provocativo desnecessário para os que têm fé, contudo, se faz preciso atentar para o modo com que os representantes cristãos, constantemente, recorreram a figura de Maria como um modelo que as mulheres devem seguir. Ademais, no século XXI, sobretudo, na América latina, alguns líderes cristãos ainda são os maiores defensores da criminalização total do aborto nos países latino-americanos, dificultando o avanço da pauta no parlamento a partir de argumentos religiosos. (GONZAGA; MAYORGA, 2019, p. 64).

Martins (2014) destaca que “a Igreja destinava à mulher o papel de principal transmissora da moral cristã e de seus padrões de comportamento para dentro das famílias.” (MARTINS, 2014, p. 223). Além de ser posta como principal elo entre a família e a moral cristã, para os homens da Igreja “a introjeção do papel materno e a simbologia cristã da *mater dolorosa* fazia parte da estratégia para controlar as mulheres e transformá-las em ‘adestradas’ transmissoras (...)” dos valores cristãos dentro das famílias. (MARTINS, 2014, p. 225).

Historicamente, a medicina tradicional, pautada em conceitos biomédicos, também participou da formulação do imaginário a respeito da maternidade. Posto que contribuiu como uma das principais agentes proliferadores e fortalecedores do discurso da mulher como principal cuidadora dos filhos. A ideologia higienista médica, seguindo outro plano de projeto civilizatório, em partes, discordava do pensando da Igreja, dado que eles acreditavam que o papel da

mulher na sociedade estava para além do que ser propagadora da moral católica. Mais do que responsáveis pela transmissão dos valores católicos da obediência à autoridade paterna, “a mulher devia tomar para si a missão de criar os filhos, formar novos indivíduos, assumir integralmente sua função natural, empregando suas forças e todo seu tempo no exercício da maternidade.” (MARTINS, 2014, p. 225).

A partir de meados do século XVIII, as produções de médicos higienistas brasileiros com enfoque central na vivência materna das mulheres foram diversas. Os trabalhos abordavam desde a gestação até a criação dos filhos, falavam, sobretudo, do “poder” que a maternidade tem de dignificar a mulher. Soavam quase como um apelo, pois diziam o quanto a mulher era “moralmente superior aos homens”, e assim, era ela quem melhor poderia educar os futuros cidadãos, para se tornarem os “homens de bem” (MARTINS, 2014, p. 237).

O olhar romântico sobre a maternidade na visão médico higienista, não propositalmente, esquecia-se de falar sobre a “obscuridade da repetição monótona das tarefas cotidianas exigidas da mulher-mãe, [...] deixando implícito que os sacrifícios faziam parte da missão moral, e que esta missão tinha um significado político de maior importância [...]” (MARTINS, 2014, p. 237). Não interessava ao projeto civilizatório médico falar sobre os sacrifícios da maternidade compulsória imposta a experiência de ser mulher na sociedade patriarcal. Era o justo oposto, além de romantizar a vivência da maternidade, a medicina higienista patriarcal passou a controlar e ditar a forma como as mulheres deviam experienciar a maternidade, a começar pelo momento de parir.

O parto pela concepção higienista é o evento inaugural dos sacrifícios inerentes a maternidade, esse momento ao longo dos séculos passou por diversas transformações, a medicalização desta experiência foi uma das principais possíveis de se elencar. As mudanças aconteceram, sobretudo, no que diz respeito desde a forma como os partos passaram a acontecer até de quem deles participa.

2.1 A medicalização dos corpos femininos e da cena do parto

As diferentes formas de assistência prestadas às mulheres em seus

partos é um termômetro muito evidente sobre a maneira como se organiza uma sociedade de classes. Até determinado momento da história, parir em hospitais era uma realidade para mulheres escravas, desvalidas, e/ou para as prostitutas. Em meados do século XVIII, as ditas “senhoras de família” apresentavam resistências em relação às instituições hospitalares. “Essa resistência fundamentava-se na tradição dos hospitais de serem abrigos para pobres, na moralidade da época e nos perigos das artes obstétricas rudimentares de então.” (VIEIRA, 1999, p.71).

Os primeiros hospitais brasileiros eram bastante incipientes, bem como as técnicas utilizadas pelos médicos, que desconheciam o corpo feminino e, por vezes, não tinham experienciado/estudado nenhum parto durante toda a formação em medicina. De acordo com Edler (2011), os primeiros hospitais foram as Casas de Misericórdia atreladas a alguma ordem eclesiástica, quase todas eram modestas e em permanente estado de penúria. Elas prestavam assistência a uma população de indigentes e moribundos, desde o século XVI, em quinze cidades brasileiras.

Até o século XVIII, parir representava um perigo de morte bastante eminente para as mulheres, tanto para aquelas que pariam em casa quanto para as que iam para os hospitais pioneiros. Quando e como esse cenário começou a se modificar não segue uma linha histórica evolutiva linear, contudo tem suas bases, primordialmente, tanto nas conquistas médico-científicas quanto na inserção da medicina em momentos de a vida anteriormente desatrelados ao saber fazer médico. Segundo Foucault (2016), “a partir do século XVIII as instituições hospitalares incorporaram características diferentes daquelas que até então faziam delas um abrigo para pobres, doentes e desvalidos.” (FOUCAULT, 2016, p.171).

Retomando Vieira (1999), evidencia-se que até 1880 as salas cirúrgicas não tinham assepsia, cenário que fora completamente transformado com o advento da bacteriologia. Somados à dissecação dos corpos, os estudos sobre bactérias surgem como medida fundamental para o desenvolvimento do hospital moderno, uma vez que, com o reconhecimento da existência de microrganismos vivos, foi possível a adoção de medidas mais higiênicas. Médicos, somando esforços com profissionais da enfermagem começaram a ter mais sucesso no combate à infecção

puerperal e isso, sem dúvidas, proporcionou a diminuição do índice de mortalidade materno-infantil. O que passou a dar maior peso no que diz respeito à aceitação dos hospitais pelas mulheres, bem como pelo restante da sociedade.

À medida em que os médicos iam se fortalecendo nos atendimentos na hora dos partos mais eles desejavam levar as mulheres do seio de suas casas para dentro dos hospitais. Inseridos no ambiente doméstico, os médicos se desagradavam com as interferências e supervisão de outras mulheres. “Começaram a desejar que suas clientes de categorias sociais mais elevadas fossem internadas no hospital por ser mais estruturado, com mais possibilidades de intervenções e longe das interferências.” (GUALDA *et al.*, 2017, p. 33).

Segundo Barboza e Mota (2016), foi após a Segunda Guerra Mundial e com a intensificação do desenvolvimento industrial que os partos hospitalares passaram a predominar em diferentes países. A assistência ao nascer se tornou ato privativo dos médicos e de seus instrumentos. As parteiras passaram a ficar em segundo plano e a participação das mulheres nos eventos relacionados ao nascimento, seja ela parindo ou ajudando a parir, torna-se marginal.

A cena do parto foi modificada. Progressivamente, a casa dá lugar ao hospital. O parto, que antes era experiência doméstica e feminina, torna-se institucional e medicalizada. Se antes as parcas e precárias instituições hospitalares destinavam-se às mulheres consideradas desvalidas, no século XIX esses espaços já começam a ser reconhecidos como o local “correto” para parir.

Local este que, desde sua gênese, no século XVIII, assumiu um formato normativo, institucionalizado e de grande domínio da figura do médico. O que só favoreceu o desenvolvimento e fortalecimento do modelo assistencial biomédico, com o desenrolar das décadas. De modo geral, para o modelo biomédico, a mulher é compreendida como um ser passivo, sem autonomia, destituída de sua capacidade de opinar e/ou tomar decisões.

Martins (2020) coloca esse debate para outras esferas ao defender que existe uma conexão histórica entre a opressão das mulheres, o conhecimento

médico e a exploração econômica capitalista. Para as feministas da segunda onda, aquelas que trouxeram para baila das discussões os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, quando discutem sobre a saúde da mulher, “a ideologia médica se expressava particularmente por meio da mistificação do conhecimento e da profissão médica, pela objetificação das mulheres pacientes e pela alienação das mulheres e seus próprios corpos.” (MARTINS, 2020, p. 246).

Criou-se a necessidade de um demasiado domínio sobre todas as (dis) funções dos corpos femininos e isso se tornou uma característica quase que inerente ao pensamento médico dominante/hegemônico. O debate sobre a medicalização, principalmente, nas sociedades ocidentais, ocupa espaço nas discussões contemporâneas desde o final da década de 1960. O processo de medicalização acontece quando questões/problemas inerentes à condição humana, antes conduzidos por cada pessoa, em suas redes e relações sociais, sofrem modificações, sobretudo no âmbito sociocultural, até serem quase que completamente absorvidos pela prática médica.

A dimensão sociocultural desse processo é, de fato, o que mais nos desperta a atenção, a construção de um personagem social capaz de transitar em diferentes esferas, influenciando desde os hábitos da vida privada até a conduta aceita na vivência pública. Isto é, o conglomerado dos mais diversos eventos da vida cotidiana sob supervisão, influência e domínio da profissão médica.

Para as mulheres a medicalização se expressa através de contornos bem específicos. “O processo histórico de medicalização do corpo feminino passa, necessariamente, pela ideia de que existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina.” (VIEIRA, 1999, p.68). É com base nessa concepção determinista biológica que a medicina justifica e busca se apropriar dos corpos femininos e de suas funções. A centralidade desse pensamento encontra-se na ideia de que as funções orgânicas femininas são intrinsecamente adoecidas. Em outras palavras, o corpo que sangra mensalmente, que sente dor ao parir e, de modo significativo, modifica-se quando chega o tempo final dos sangues, transforma-se em um corpo naturalmente enfermo para os médicos.

Com o argumento de tratar esse “corpo adoecido”, a obstetrícia médica reivindica seu papel de resgatadora de mulheres. Diferente das determinações da Igreja Católica referentes à dor do parto, citadas no início deste texto, a figura do médico vem para se colocar no lugar de salvador, salvar as mulheres dos implacáveis desígnios da natureza. “Agora a mulher é descrita não mais como culpada que deve expiar, mas como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino”. (DINIZ, 2005, p.628).

Sem destoar da mesma linha de pensamento, o parto aqui configura-se como uma violência intrínseca à condição de quem irá parir. “A maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido” (DINIZ, 1997, 2005, p.628). Logo, quaisquer intervenções que o médico compreendesse como necessárias para curar o corpo feminino adoecido por esse evidente mal, ele iria fazê-lo, independente da escolha da mulher.

Durante o século 20, o parto, uma vez compreendido como evento desafiador a se enfrentar, passa a ser ofertado pela obstetrícia médica no formato de completo apagamento experiencial para as mulheres. O parto sob sedação total, popularmente conhecido como “sono crepuscular” ou *twilight sleep*,

[...] começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolve uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. (DINIZ, 2005, p.628).

O parto crepuscular é um exemplo clássico da iatrogênese clínica. Ele apenas deixou de ser utilizado com a chegada da década de 1960, quando a alta taxa de mortalidade materna e perinatal atingia números significativos e passou a ser uma prática inaceitável nos países em que aconteciam. Entretanto, ainda em diálogo com Diniz (2005), o fim do parto crepuscular não significou a extinção do

modelo de assistência em que a mulher é “processada nas estações do pré-parto, parto e pós-parto”. O advento de anestésias mais modernas em meados dos anos de 1950, proporcionou que esse parcelamento, quase que semelhante a uma linha de montagem, persistisse, só que agora a mulher permaneceria consciente durante toda a experiência.

Tomamos como exemplo aqui uma das intervenções médicas mais comum nas cenas de parto contemporâneas: as cesarianas eletivas. A cesárea, considerando o que Illich (1975) caracteriza como iatrogênese clínica, foi um procedimento criado com o intuito de salvar a vida de mulheres e crianças em situação de partos arriscados. Entretanto, o elevado uso desse procedimento cirúrgico em situações desnecessárias a partir da década de 1970, em diferentes lugares do mundo, ocasionou justamente o oposto para o qual ele foi idealizado. “No Brasil, as cesarianas seguem em ascensão, com os maiores índices encontrados no setor privado. Embora na maioria dessas instituições as taxas variem de 70% a 90%, alguns hospitais particulares apresentam percentuais muito próximos dos 100%.” (LUZ e GICO, 2015, p. 478).

Pensar sobre o alto índice de cesáreas no Brasil é tentar compreender algo de dimensões complexas. Tendo em vista que, boa parte do que já fora mencionado até aqui compõe o texto desta justificativa, quem legitima o uso cotidiano e excessivo das cesáreas, não por acaso, são os mesmos que defendem a superioridade do pensamento biomédico hegemônico. A cesárea eletiva faz parte do escopo de procedimentos que precisam ser agendados e, em comparação ao parto vaginal, acontecem em menor tempo e, como se trata de uma cirurgia, os profissionais que a realizam recebem maior remuneração. Em um resumo simples: mais partos, em menor tempo, por mais dinheiro.

No Brasil, para Luz e Gico (2015), convive-se com o pior dos dois mundos no quesito atendimento aos partos: adoecimento e morte por falta de atenção e tecnologia apropriada, e adoecimento e morte por excesso de tecnologia inapropriada. Em outros termos, péssimas práticas de assistência prestada na hora do parir permeiam tanto o âmbito do abandono quanto o do excesso. A

medicalização dos corpos femininos foi e ainda é uma ação elaborada, de diferentes maneiras, que objetiva naturalizar normas e padrões de comportamento para vivência do ser mulher e de todas as suas dimensões existenciais.

O processo de medicalização, desde sua gênese, centra esforços de controle interventivo, principalmente nos momentos da gestação e do parto, o que resultou ao longo das décadas na transformação significativa dessas vivências que, por muitas vezes, vieram a se tornar experiências impessoais, invasivas e violentas para mulheres e seus filhos e filhas. No primeiro decênio do século XXI, situações violentas durante a experiência de parir passaram a ser classificadas como violência obstétrica.

Na América Latina, o primeiro país a utilizar essa nomenclatura e adotar o termo “violência obstétrica” em lei foi a Venezuela, no ano de 2007, resultado de uma ação que foi “fruto de reivindicações de parte do movimento feminista local e do processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher como um problema social, político e público” (SENA; TESSER, 2016, p. 3). A violência obstétrica é caracterizada por ações indevidas ou omissões, que acontecem no momento do trabalho de parto, parto, pós-parto imediato e/ou em situações de abortamento.

Antes do termo violência obstétrica se alastrar pelos debates acadêmicos e em publicações nas redes sociais, a violência praticada na assistência aos partos era compreendida apenas como violência institucional. Portanto, apesar de ser um termo relativamente recente, já é uma pauta discutida há mais de duas décadas no Brasil, bem como em outros diferentes lugares do mundo.

São ações violentas que se dão tanto na esfera física quanto no campo simbólico, visto que nem sempre se manifestam de forma tão clara para quem as vivencia. Conforme Sobreira (2018), destacam-se: a proibição do acompanhante, escolhido pela parturiente, durante a permanência no hospital; o controle da ingestão de água e/ou alimentos no trabalho de parto e parto; a imobilização da mulher ou a prática de forçá-la a estar em posições contrárias ao seu desejo; a

realização de depilações desnecessárias, lavagem estomacal, assim como procedimentos cirúrgicos sem prévio acordo com a parturiente, tais como a cesariana e a episiotomia, além do uso de drogas para acelerar o processo de nascimento.

Falar de violência obstétrica é falar da violência de gênero as quais as relações institucionais/hospitalares findam por reproduzir, tal como é na sociedade, as mesmas relações de opressão e controle aos corpos femininos. Nos hospitais, as mulheres são frequentemente destratadas e desrespeitadas e a dor e o sofrimento transformam-se quase numa fatalidade, “em que todas precisarão passar e que devem suportar como preço do suposto prazer sentido no ato sexual que deu origem àquela gestação.” (BARBOZA; MOTA, 2016, p. 123).

A violência obstétrica é um ato misógino de punição às mulheres, resultado de séculos de controle e negação da sexualidade feminina, em que a imposição de dor, sofrimentos e mortes evitáveis encontram legitimidade na ciência obstétrica e autorização no Estado, posto que é tomada como um modelo de assistência à saúde sexual e reprodutiva a ser seguido. (FERREIRA; GONÇALVES, 2020).

A prática da violência obstétrica não acontece através de ações isoladas, muito menos por equipes ou indivíduos mal treinados. “Trata-se, na maioria das vezes, da realização de procedimentos que compõem o protocolo comum de serviços de assistência obstétrica no Brasil, muitos deles em hospitais-escola” (PALHARINI, 2017, p. 8). Portanto, falar de violência obstétrica é tratar com situações de abuso de poder, intervenções invasivas e/ou tratamento impessoal que findam por desconsiderar a subjetividade e particularidades das mulheres assistidas.

Por décadas, a violência obstétrica foi naturalizada e, em alguns espaços, ainda é posto que muitas mulheres relembram seus partos considerando as experiências violentas que passaram como uma vivência inerente ao momento de parir. Os procedimentos classificados como violência obstétrica no século XXI,

eram ou ainda são condutas tidas como de “rotina” dentro das instituições, legitimadas por quem, teoricamente, estaria responsável pelo cuidado. Por isto, se configura como uma forma de violência muito complexa de ser identificada por quem é vitimada.

Algumas vítimas, durante anos, carregam traumas de dores (físicas e emocionais) sobre a experiência de parir sem compreender que de fato vivenciaram uma violência, e que, acima de tudo, deveriam ter tido a possibilidade de uma assistência diferente da que tiveram acesso.

Ao entrarmos nessa seara de discussões, tomamos consciência de que estamos em um terreno de debates polêmicos. Em diferentes âmbitos, é importante diferenciar que falar de violência obstétrica e uso abusivo de tecnologias médicas não significa volta completa ao naturalismo, tão pouco impor que todas as mulheres comecem a parir da forma mais natural possível. É necessário destacar que, se não for desejo da mulher parir por um parto vaginal, que ela tenha seu desejo pelo parto cirúrgico respeitado, ou pelo formato de parto que for, a centralidade da discussão não é essa.

O que se quer ressaltar aqui é a existência de uma cultura violenta de atenção aos partos e que o acesso à informação correta e baseada em evidências científicas é o primeiro passo para abrir caminhos para outras formas de assistência. Isto posto, objetiva-se que as mulheres possam estar cientes de todas as vantagens e desvantagens a respeito de cada tipo de parto e, só depois disso, fazerem suas escolhas.

A luta contra a violência obstétrica e a humanização do parto estão inseridas em um campo de muitos conflitos, na medida em que se questionam construções socioculturais seculares, hierarquias profissionais na saúde e, porque não dizer, o lugar da mulher na sociedade? Uma vez que se discute uma autonomia feminina plena, assegurada no direito que cada mulher deve ter de escolher o lugar e o modo como desejam parir, independentemente de sua classe social, da cor de sua pele e/ou de sua cultura.

A violência obstétrica ocupa muitos espaços na pauta dos debates sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no século XXI, entretanto, tem raízes históricas atreladas a construções patriarcais muito anteriores, que se relacionam diretamente com os específicos papéis sociais destinados à mulher na sociedade.

Não por acaso, a expansão médica ao longo dos séculos e boa parte dos conceitos higienistas voltaram seu olhar para as mulheres, principalmente, para as mulheres mães na vivência de suas maternidades. “Textos médicos e leigos foram escritos especialmente para atingir as mulheres” para modificar os hábitos nos cuidados com os filhos e para, além disso, “transformá-las em clientes-confidentes, verdadeiras aliadas dos médicos na tarefa de moralizar as relações familiares, segundo o modelo prescrito pela higiene” (MARTINS, 2014, p. 80).

Na ação combinada entre Igreja e medicina é que reside a gênese de muitos conceitos sobre o que é e como “ser mãe” pela ótica das sociedades ocidentais dos últimos três séculos, uma vez que, foi a partir dessas construções que se deu início à normatização do lugar da mulher no interior das vidas familiares, bem como à autorização para o controle dos corpos femininos e de suas sexualidades.

Para as mulheres, são destinados os lugares de quem, unicamente, deve procriar e cuidar, fator esse que as colocou diretamente dentro da esfera privada e doméstica de reprodução da vida. É a mãe, ou outra mulher em papel similar, que vai se encarregar da alimentação, da higiene, das visitas ao médico e da administração dos remédios quando necessário. Assim, a saúde da família passa pelo âmbito da casa, do privado e da mulher, mas não deixa de ser do domínio científico dos homens (SCAVONE 2004, p. 135).

3. CONCLUSÃO

Diante do que fora exposto, nota-se o quão urgente e necessário se faz o debate, a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos femininos, os quais suscitam questões transversais e tão caras a experiência de ser mulher na sociedade patriarcal em que estamos inseridas. Ainda se faz preciso fazer articulações para

defender o acesso de mulheres a partos livres de práticas violentas, independente do parto que desejam viver e em qualquer lugar que cheguem para vivenciar esse parto. É preciso, para isso, estar em campo, ou na produção de conhecimento, ou propondo embates para que se cumpram os princípios do SUS de universalidade e integralidade no atendimento de mulheres mães.

Ter clareza, de maneira evidente, de que a defesa do Sistema Único de Saúde brasileiro como direito de todos e todas e dever do estado perpassa considerar todos os elementos sociais que o compõem e dele necessitam. A luta em defesa do SUS é uma pauta histórica para a população brasileira, sobretudo para as Assistentes Sociais. Quanto melhor informada uma mulher for, menores são as chances de ela passar por situações de violência obstétrica, independentemente do lugar onde ela irá parir. Não pode ser aceito que uma mulher naturalize ser agredida na hora de trazer seu filho ao mundo como se essa agressão fizesse parte do processo.

Assim como, se faz preciso tecer um debate sobre mulheres vivendo experiências de maternidade para além das fronteiras da maternidade compulsória patriarcal. Pesquisar sobre a categoria maternidade têm o potencial de abrir o debate para novas possibilidades e sentidos sobre a compreensão histórica do ser mulher mãe no mundo.

A maternidade na baila das discussões é potência para muitos desvelamentos necessários sobre a multiplicidade contida nesta experiência dentro do feminismo e para além dele. Isso possibilita ver com maior nitidez mulheres distintas, sem esquecer a complexa subjetividade desta vivência paradoxal: o amor (que não é instintivo), o cuidado, a responsabilidade, a exaustão, o sofrimento, a insatisfação, a ambivalência, a frustração, a felicidade, o arrependimento e a coragem.

REFERÊNCIAS:

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao e relações de gênero: elementos para um releitura médico-social**. Dissertação de mestrado. São Paulo, Faculdade de Medicina/USP, 1997.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.627-637, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300019>.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo. Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. São Paulo: Unesp, 2009.

DEL PRIORE, Mary (Org.). **A história das mulheres no Brasil**. 10. ed. São Paulo: Contexto, 2018. 678 p. (p.78-115).

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante Editora, 2017. 464 p. Tradução: coletivo Sycorax.

FERREIRA, Maíra S.; GONÇALVES, Eliane. Parirás com Dor: a violência obstétrica revisitada. **Sociedade e Cultura**, [S. l.], v. 23, 2020. DOI: 10.5216/sec.v23.60230. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fcs/article/view/60230>. Acesso em: 24 jun. 2021.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; MAYORGA, Claudia. Violências e Instituição Maternidade: uma reflexão feminista decolonial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Minas Gerais, v. 39, n. 2, p. 59-73, nov. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003225712>.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 158 p. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti.

LUZ, L.H.; GICO, V.V. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, v. 23, n. 3, p. 100-107, 2015.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2004.

_____. A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 241-264, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702020000100014>.

SCAVONE, Lucila. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais. São Paulo: UNESP, 2004.

_____. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. Minas Gerais, v. 5, n. 8, 2001a. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/1801/180114093004/>. Acesso em: 28 mar. 2020.

_____. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. Cadernos Pagu, Campinas, n. 16, p. 137-150, 2001b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-83332001000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 28 mar. 2020.

SOBREIRA, Maria de Lourdes Zaranza Lopes. **De volta para casa:** o parto domiciliar a partir do relato de mulheres que escolheram vivenciá-lo em Fortaleza-CE. 2018. 88 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.