

FÓRUM

Submetido 30-01-2021. Aprovado 17-01-2022

Avaliado pelo sistema *double blind review*. Editores convidados: Adriana Vinholi Rampazo, Luiz Alex Silva Saraiva, Eloísio Moulin de Souza, Jo Brewis e Saoirse Catlin O'Shea

Versão original | DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020220406>

COLONIZAÇÃO DO CORPO E DESPERSONIFICAÇÃO DA MULHER NO SISTEMA OBSTÉTRICO

Body colonization and women's despersonalization in the obstetric system

Colonización corporal y despersonalización de la mujer en el sistema obstétrico colonizado

Francieli Martins Borges Ladeira¹ | francyborges@gmail.com | 0000-0003-1535-7136

William Antonio Borges¹ | waborges@uem.br | 0000-0001-6008-9738

¹Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Administração, Maringá, PR, Brasil

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de construir uma inteligibilidade sobre a sujeição da mulher à autoridade médico-hospitalar nos momentos de gestação e parto. O sistema obstétrico vigente no Brasil, estudado a partir de uma abordagem qualitativa, envolvendo narrativas de 24 mulheres que contam histórias sobre como elas se sentiram despersonalizadas no momento do parto, denota que este tem se constituído de modo colonizado e violento. Na relação dessas mulheres com o sistema obstétrico, impera toda forma de objetificação do corpo, de violência obstétrica e de não atendimento às vontades da mulher enquanto ser protagonista do parto. Impera a tutela profissional em detrimento da atuação do saber do corpo, do sensível, do comum. A alternativa à excessiva autoridade médica/hospitalar no processo tradicional têm sido a busca por equipes humanizadas, desarticulando o procedimento hegemônico a partir do desejo de viver o parto como uma experiência de protagonismo.

Palavras-chave: colonização do corpo, despersonalização, sujeição, parto, violência obstétrica.

ABSTRACT

The present work aims to build an intelligibility about the subjection of women to the medical-hospital authority during pregnancy and childbirth. The current obstetric system in Brazil, studied from a qualitative approach, involving narratives of twenty-four women who tell stories about how they felt disembodied at the time of childbirth, shows that this has been constituted in a colonized and violent way. In the relationship of these women with the obstetric system, every form of objectification of the body, obstetric violence and non-attendance to the woman's wishes as the protagonist of childbirth prevails. Professional tutelage prevails in detriment of the performance of knowledge of the body, the sensitive, the common. The alternative to excessive medical/hospital authority in the traditional process has been the search for humanized teams, dismantling the hegemonic procedure from the desire to live childbirth as an experience of protagonism.

Keywords: body colonization, depersonification, subjection, childbirth, obstetric violence.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo construir una inteligibilidad sobre el tema de la mujer a la autoridad médico-hospitalaria en los momentos del embarazo y parto. El sistema obstétrico vigente en Brasil, estudiado desde un enfoque cualitativo, involucrando narrativas de veinticuatro mujeres que cuentan historias sobre cómo se sintieron despersonalizadas en el momento del parto, denota que se ha constituido de manera colonizada y violenta. En la relación de estas mujeres con el sistema obstétrico, prevalece toda forma de objetivación del cuerpo, violencia obstétrica e incumplimiento de la voluntad de la mujer siendo protagonista del parto. La tutela profesional prevalece a costa de actuar sobre el conocimiento del cuerpo, lo sensible, lo común. La alternativa a la excesiva autoridad médico/hospitalaria en el proceso tradicional ha sido la búsqueda de equipos humanizados, desmantelando el procedimiento hegemónico del deseo de vivir el parto como una experiencia de protagonismo.

Palabras clave: colonización corporal, despersonalización, sometimiento, parto, violencia obstétrica.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o objetivo de construir uma inteligibilidade sobre a sujeição da mulher à autoridade médico-hospitalar no momento da gestação e do parto, como um processo de colonização do corpo, ou seja, de violência obstétrica. Trata-se de um processo que envolve sua despersonalização inscrita por um ambiente operado pela linguagem da ciência moderna, que prevalece no sistema obstétrico brasileiro.

A cultura de medicalização da gestação e parto trata-se de um dos primeiros atos institucionalizados por um sistema obstétrico que permite a fragilização da mulher enquanto ser constituinte de um corpo, que necessita de assistência e cuidados médicos para funcionar “normalmente”. A sujeição do corpo feminino às normas institucionais da ciência moderna é facilitada quando este é acometido de desequilíbrios que fogem do “normal”, configurando-se, assim, o objeto de estudo dos teóricos da saúde, de acordo com Canguilhem (1995, p. 13), quando esses desequilíbrios são catalogados como doenças.

Ao admitir os processos de gestação e parto como potencialmente patológicos, e não como eventos fisiológicos, permite-se o acesso a esse corpo como objeto do sistema de saúde que necessita dos procedimentos institucionais para voltar ao seu estado de equilíbrio “normal”. Admitidas às instituições de saúde, esse viés sobre o indivíduo (corpo) como um objeto da ciência constitui o que Goffman (1961) denomina despersonalização (ou objetificação), uma abordagem que naturaliza a prática de eventos violentos nos processos de gestação, parto e pós-parto, ou seja, a violência obstétrica.

Apesar de não haver um consenso global entre quais práticas podem ser consideradas violência obstétrica, Bohren et al. (2015) sintetizam os maus-tratos às mulheres durante o parto, evidenciados por estudos em 34 países, e organiza tais práticas em sete domínios: abuso físico (uso de força e restrição física), sexual, verbal (linguagem rude, ameaças e culpas), estigma e discriminação, falha no atendimento aos padrões preestabelecidos profissionalmente (falta de consentimento informado e de confidencialidade, procedimentos excessivos e dolorosos sem consentimento ou comunicação, negligência e abandono), falha de relacionamento entre mulheres e profissionais (comunicação ineficaz, falta de suporte e de autonomia da mulher) e condições e restrições do sistema de saúde (falta de recursos, falta de política, cultura institucional). No Brasil, o Ministério da Saúde (2018) evidenciou que a violência obstétrica pode ocorrer de diversas formas, inclusive 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 protagonismo. (para. 3)

Em 3 de maio de 2019, o Ministério da Saúde encaminhou o Despacho/Ofício nº 017/19 – JUR/SEC divulgando seu posicionamento contra o uso do termo “violência obstétrica”, alegando conotação inadequada. Para tal posicionamento, tanto o [Ministério Público Federal \(2019\)](#), em Nota Pública, quanto a Comissão de Seguridade Social e Família, por meio da [Câmara de Deputados \(2019\)](#), posicionaram-se de maneira crítica ao despacho. Este estudo mantém a definição do [Ministério da Saúde \(2018\)](#), haja vista o processo de conquista ([Sadler et al., 2016](#)) do reconhecimento do termo como um dos primeiros passos para combatê-lo enquanto prática.

Nesse contexto, e como forma de resistência e de atuação micropolítica, movimentos de humanização do parto vêm ganhando força nesta última década, motivados por uma série de fatores como: amplo acesso às informações, reunião de pessoas com as mesmas motivações para discutir objetivos, caminhos e alternativas de embate à violência obstétrica e, ainda, ao excessivo número de cesarianas. Esse último posiciona o Brasil como um dos países com maiores taxas de cesarianas do mundo, contando com 58,69% dos nascimentos por via cirúrgica ([Portal ODS, 2017](#)), enquanto a [Organização Mundial da Saúde \(OMS, 2018\)](#) declara uma taxa ideal de cesáreas entre 10% e 15% dos nascimentos.

Essa confluência de elementos institucionais que culminam em um movimento de desterritorialização da mulher (quando seu corpo é colonizado pela linguagem e lançado em outro território) no momento do parto ocorre quando o evento fisiológico, pertencente à mulher, torna-se um evento médico, onde ela é objeto do processo e o bebê, um produto final.

A sujeição se estabelece de maneira facilitada quando a mulher se encontra abalada devido ao processo de despersonalização, 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 o seu desejo. A mortificação da individualidade, do corpo e a colonização da própria vida instauram-se pela linguagem institucional ([Goffman, 1961](#)), o que chamamos aqui de desterritorialização, ou seja, o movimento pelo qual "se" abandona o território ao passo que se estabelece em outro, neste caso, de modo a sobre-codificar o corpo pelos circuitos da linguagem obstétrica e pelas camadas de valores e controles instituídos como atributos profissionais ([Deleuze & Guattari, 2017](#)).

Para construir uma inteligibilidade sobre a sujeição da mulher à autoridade médico-hospitalar, conforme anunciado nesta introdução, partimos de uma leitura sobre a sujeição e despersonalização da mulher no processo de gestação e do parto, como um modo de colonização do corpo pela violência obstétrica. No momento seguinte, na terceira seção, o leitor encontra a abordagem metodológica, a qual categoriza a pesquisa como uma abordagem qualitativa, pautada em entrevistas a partir de uma pergunta aberta, tendo seus registros tratados pela técnica de análise de conteúdo. A quarta seção ocupa-se da construção de uma narrativa em multiplicidades de histórias e discursos, concebendo uma inteligibilidade sobre a questão central deste trabalho. Por fim, uma breve discussão sobre os resultados e contribuições da pesquisa imprime os contornos das considerações finais.

A COLONIZAÇÃO DO CORPO: MULHER EM PROCESSO DE PARTO NO SISTEMA OBSTÉTRICO

Assujeitamento do corpo

Deleuze e Guattari (2011) e Foucault (1979) 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 vetores institucionais, a começar pela família, escola, comunidade etc. Tais instituições, na relação com o sujeito, o deslocam 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 encontram-se, inclusive, na saúde pública, o que abarca a especialidade da obstetrícia, operadas pelos profissionais e serviços médico-hospitalares.

Em meio à visão “gramatical”, disciplinada, Canguilhem (1995) situa as vivências do corpo entre o que é denominado normal e o patológico; embora não esteja seguro em colocar esses dois conceitos como opostos, ele explica que, quando o normal entra em desarmonia, torna-se patológico. Assim, os fenômenos vitais normais situam-se quase na linha oposta do que pode ser considerado patológico. E o que seria um processo de gestação e parto senão um fenômeno fisiológico vital e normal, não somente à fisiologia do corpo da mulher, mas ainda à sociedade?

A constante medicalização e patologização da gestação e do parto acabam por retirar o processo vital pertencente ao corpo feminino e colocam-no nas mãos de instituições, ao transformá-lo em evento médico, não pertencente ao corpo feminino. Análogo a esse comportamento, o que se vê nos relatos sobre violência obstétrica é justamente o não pertencimento ao próprio corpo e aos fenômenos a ele inerentes. A partir dessa intervenção, a mulher sente-se objetificada, manipulada em uma linha de produção, cujo produto final é o nascimento do bebê.

Para a doença, a ciência, e consequentemente a medicina, deveriam atuar sob o princípio de utilizar o fenômeno terapêutico como uma incitação à volta do seu estado natural, do qual havia se afastado: “A finalidade de qualquer processo curativo é apenas fazer as propriedades vitais alteradas voltarem ao tipo que lhes é natural” (Bichat, 1800, como citado em Canguilhem, 1995, p. 41). Porém, no que tange aos processos vitais e fisiológicos do parto, as evidências mostram que esse princípio não é seguido, não somente em casos patológicos, quando o parto necessita de procedimentos médicos paliativos ou cirúrgicos como a cesariana. O processo curativo é utilizado mesmo quando o parto segue seu fluxo natural, de modo que a medicalização seja tomada como via de regra e em todas as situações, empregando meios artificiais e/ou mecânicos sob a forma de cura. Em suma, o normal, aqui estabelecido, é tomado como patológico e submetido a uma linha produtiva dotada de procedimentos e padronizações que “curam doenças”, existentes ou não.

É a patologização do parto que permite sua inclusão nos sistemas de saúde vigentes e sua sujeição aos saberes médicos. A atuação esperada seria um suporte médico, com monitoramento da saúde do binômio mãe-bebê durante o pré-natal, a serviço da pessoa, respeitando as decisões da mulher em relação às condutas que ela pode escolher, com informação e protagonismo. Porém, a gestação passa a ser um forte potencial de patologias, e os protocolos médicos atuam

mais fortemente sobre esse potencial do que com o evento natural. Conforme cita o *Caderno HumanizaSUS* (Ministério da Saúde, 2014), a exclusão da subjetividade do indivíduo foi o produto de um processo de reconhecimento do que é ciência e do que é saúde, sendo a doença o principal objeto de estudo, e a saúde um conceito constantemente em risco.

A necessidade de humanização não é um achado recente, apesar de sua maior evidência nos últimos anos. 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, individualizado, fortalecendo a dimensão da subjetividade (Ministério da Saúde, 2014, p. 25). No entanto, o sistema obstétrico atual ainda aproxima-se do conceito anterior, que trata da objetificação do indivíduo como portador de doença, e esta como objeto de estudo.

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, de modo a produzir ações integrais de saúde em função das necessidades materno-infantis, de parto, nascimento seguros e humanizados, e da construção e sustentação de redes perinatais. O nascimento, assim, passa a ser considerado um evento biopsicossocial, reconhecido como evento biológico – anatômico, psicológico e bioquímico, integrado a componentes mentais e espirituais, que é por natureza feminino, intuitivo, sexual e espiritual (Ministério da Saúde, 2014, p. 25). Essa diferenciação de paradigma foi classificada em três modelos, conforme o Quadro 1, por Davis-Floyd (2001, como citado em Ministério da Saúde, 2014). Esses modelos não são excludentes, mas sinérgicos, e o modelo de assistência pode transitar entre eles de acordo com as necessidades e características individuais.

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

Modelo Tecnomédico ou Biomédico	Modelo Humanista	Modelo Holístico
<ol style="list-style-type: none"> 1. Separação corpo-mente. 2. O corpo como máquina. 3. O paciente como objeto. 4. Alienação do médico em relação ao paciente. 5. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando uma disfunção). 6. Organização hierárquica e padronização de cuidados. 7. Autoridade e responsabilidade inerente ao médico, e não ao paciente. 8. Supervalorização da ciência e tecnologia dura. 9. Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo. 10. A morte como derrota. 11. Um sistema dirigido pelo lucro. 12. Intolerância a outras modalidades. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conexão corpo-mente. 2. O corpo como organismo. 3. O paciente como sujeito relacional. 4. Conexão e carinho entre médico e paciente. 5. Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora. 6. Balanço entre os desejos da instituição e do indivíduo. 7. Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente. 8. Ciência e tecnologia contrabalançadas com o humanismo. 9. Foco na prevenção da doença. 10. A morte como resultado aceitável. 11. Cuidados dirigidos pela compaixão. 12. Mente aberta para outras modalidades. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unicidade de corpo-mente e espírito. 2. O corpo é um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia. 3. Cura da pessoa em sua integralidade em um contexto de vida como um todo. 4. Unidade essencial entre médico e cliente. 5. Diagnóstico e cura de dentro para fora. 6. Estrutura organizacional em rede que facilita a individualização da assistência. 7. Autoridade e responsabilidade inerentes a cada indivíduo. 8. Ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo. 9. Focalização, em longo prazo, na criação e manutenção da saúde e do bem-estar. 10. A morte é um processo. 11. A cura é o foco. 12. 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: Ministério da Saúde (2014).

Além do modelo de atenção à assistência médica, existem alterações estruturais importantes que atuam de maneira benéfica ao modelo humanista ou holístico. Quando se trata de modelo de assistência obstétrica, algumas delas, a exemplo de países que mudaram suas taxas de cesáreas, são a desvinculação do parto das instituições de saúde e a sujeição do médico, de modo que novos espaços sejam criados, como as casas de parto, também presentes no Brasil. No entanto, esses novos espaços ainda se encontram em quantidade insuficiente para a demanda. Com atuação multidisciplinar da enfermagem obstétrica, terapeutas, doulas, entre outros, o parto de gestantes de baixo risco ocorre de maneira fisiológica, e não patológica, e os demais casos podem ser transferidos para um hospital, geralmente anexo ou próximo.

Os modelos humanista e holístico propõem um caminhar por práticas construídas pela dimensão do sentir, do corpo, não exclusivas 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 Guattari \(2011\)](#), produzir 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. A partir desse despir-se do discurso hegemônico (grade cultural e referencial) e acessar o desejo na dimensão da vontade de potência (e não pela falta do saber médico), a mulher afirma diferença ao produzir pelos *afectos*, na relação com o saber médico-hospitalar que também passa a se diferenciar (dever) ([Deleuze & Guattari, 2011](#); [Rolnik, 2018](#)).

Sujeição do indivíduo

Antecedendo a sujeição, é necessário falar de poder e dos seus emaranhados de atuação social. O porquê se deve ao fato de que o controle da sociedade sobre os indivíduos não começa pela ideologia ou pela consciência, mas começa no corpo e com o corpo ([Foucault, 1979, p. 80](#)). Tanto o esquema capitalista como a medicina utilizam-se do corpo, e conseqüentemente da sua sujeição, como estratégia biopolítica. É no controle do corpo, das formas de vivências, na sujeição deste a um sistema ou a uma máquina social ([Deleuze & Guattari, 2011](#)) que o poder se alastra e desenvolve.

A sujeição começa com o poder disciplinante dos corpos – sistematizados, categorizados, colocados em ordem e padrão, desejando a autorrepressão. A disciplina é senão a primeira forma de destituição dos próprios corpos, pois, ao colocá-los à disposição de regras e verdades institucionais (circuito moral-científico, por exemplo), sujeitados à autoridade médico-hospitalar, obedientes 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, objetificados ([Foucault, 1979](#)). É nesse contexto que “o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos” ([Foucault, 1979, p. 111](#)).

Para Foucault, a constituição do sujeito como 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 mesmo ([Foucault, 1984, p. 230](#)). Ainda, o processo de

subjetivação é o reconhecimento de si como sujeito e fora do sujeito, ao mesmo tempo (dimensão coextensiva), movimento em que o sujeito está em relacionamento com o mundo externo e com seu mundo interno, por meio do pensamento e da constituição de si em um circuito de *affectos* que o convoca à dimensão do estranho-familiar. E é nessa rede de relacionamentos em que o sujeito sente se a subjetividade instalada em seu corpo o sobrecodifica em constante assujeitamento ou se o desterritorializa enquanto processo constante de subjetivação sem sujeito, como potência em vir a ser, em um devir micropolítico ativo (Deleuze & Guattari, 2011, 2017; Rolnik, 2018). No entanto, na condição de sujeito, a mulher vê-se 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.

Nesse estudo, a forma de sujeição normatizada está na relação paciente e 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 outro (Foucault, 1984). 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, ou seja, a despersonalização.

Despersonalização da mulher no momento do parto

Goffman (1961) descreve as formas de despersonalização dentro de instituições totais, ou seja, aquelas onde os indivíduos se encontram sujeitados, realizando suas atividades cotidianas por um certo período, 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 Goffman (1961, p. 31), no momento da admissão às instituições, mesmo que voluntária. Para admissão em um hospital, é necessário registrar um conjunto de informações pessoais, as quais atendem o controle da burocracia e também o 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. A partir desses registros, o indivíduo-sujeito (a mulher), ao ter que se vestir com roupas próprias da instituição, ser categorizado em alas, expor sua nudez e necessidades fisiológicas ao conhecimento da instituição, ter suas 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” (Goffman, 1961, p. 35), como o caso dos toques vaginais, por exemplo, e ao sujeitar-se a uma relação de poder-saber científico inerente à equipe médico-hospitalar, efetua-se a sua despersonalização.

Embora não haja muros altos, portas fechadas ou nenhum mecanismo físico de contenção, as internas, em grande maioria, passam a obedecer a um mecanismo de “alta hospitalar” para que possam ausentar-se da instituição. Outros pontos em comum entre as instituições de fechamento 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 (também descrito

por Foucault, 1987); 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 que devem ser obedecidos.

METODOLOGIA

Para desenvolver essa leitura, o presente trabalho pautou-se em uma abordagem construcionista social (Gergen, 2009), o que envolveu a imersão em um campo-tema (Spink, 2003) dimensionado como gestação e experimentação do parto na relação com a linguagem médico-hospitalar tradicional/hegemônica e a linguagem alternativa humanizada.

A narrativa (linguagem) é um modo de produção de sentidos que constrói a realidade. Por isso, a pesquisa realizada por meio da construção social de realidades considera as diferentes narrativas, a partir de diferentes vozes e registros, que contam as específicas e pequenas histórias e, a partir destas, constroem a história principal que responde ao problema de pesquisa proposto (Borges, 2013). Pela abordagem construtivista social, 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, a partir de 24 narrativas de mulheres, sendo 23 escritas e uma 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?”. Os dados foram coletados em janeiro de 2019, com a utilização de um *link* direcionado a um formulário, com a possibilidade de envios de áudio, vídeo, fotos e relatos, e ainda a possibilidade de contato telefônico, que foi utilizado por algumas mulheres como complementação da coleta. Após o período de imersão, fez-se necessário um afastamento do campo-tema para a desassociação dos sentimentos evidenciados à exposição dos materiais coletados. As respostas vieram de diversas regiões do Brasil e uma, de Portugal. Foram relatadas experiências tanto de partos hospitalares públicos e privados quanto de partos domiciliares. Os dados demográficos não foram coletados, uma vez que não foi foco do estudo categorizar as respondentes de alguma forma, respeitando, assim, o seu protagonismo e multiplicidade. Os nomes foram suprimidos de modo 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 o objetivo da pergunta e, conseqüentemente, da pesquisa. Com base na análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), os relatos foram transcritos e organizados em um único documento, o qual serviu de base para o reconhecimento das situações de colonização do corpo e despersonalização e a emergência de conceitos como violência obstétrica.

As diferentes narrativas encontram-se na dimensão de uma voz múltipla e uníssona, de algo que as mulheres desejam contar sobre a violência de assujeitamento 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 assujeitamento à linguagem e ao saber médico-hospitalar.

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

O encontro com diferentes vozes de mulheres que experienciaram a gravidez e o parto ritmiza 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 vê-se 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 este se encontrar colonizado, ou seja, sobrecodificado por vetores disciplinares, institucionalizados por normativas e procedimentos construídos por um saber que desautoriza a pessoa, transformando-a em um sujeito dócil, desprovido de liberdade e de protagonismo na relação com o profissional.

No entanto, é exatamente a partir da angústia, de um desconforto, que as mulheres então submetidas aos códigos médico-hospitalares encontram motivações para renarrar suas experiências e discursar 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 um tipo de parto;
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 maneira 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 maneira objetificada, alienada, disfuncional, padronizada e com as demais características do modelo tecnomédico ou biomédico.

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); evidenciando 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 decisão. (Foucault, 1979, p. 122-23)

As indicações de cesárea, citadas acima, denunciam mais um não desejo da equipe médica em acompanhar um parto que uma indicação real. 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, como a Entrevistada E22 narra: “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” (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 desvia a conduta previamente combinada (como no caso das gestantes que optam pelo parto normal e acabam sendo direcionadas para a cesariana).

Os relatos evidenciam, ainda, uma culpabilização constante e responsabilização das mulheres, de modo que elas vão se fragilizando pouco a pouco e se sujeitando para evitar a culpabilização:

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. (Entrevistada E3);
2. Se eu me mexesse eu poderia contaminar o campo. (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. (Entrevistada E13);
4. Eu seria responsável por algo que desse errado (Entrevistada E16);
5. Fui humilhada por estar acima do peso, ouvindo um “engravidou assim porque quis, assumiu o risco”. (Entrevistada E21).

Isso evidencia uma ausência de acolhimento, em que a mulher precisa ser integrada às decisões e informada dos potenciais riscos realmente existentes em cada decisão, não de modo 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 justificação para acontecer. Os argumentos, previamente mencionados, ainda estão fortemente relacionados com a violência obstétrica de maneira 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 Goffman (1961), e também da violência obstétrica.

Durante as internações, algumas mulheres relataram o que as fez se sentirem 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 Goffman (1961), os quais se referem às normas institucionais e ao cotidiano das internações, como mostra a teoria. Talvez a objetificação seja percebida de maneira muito subjetiva e inconsciente 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. (Entrevistada E4);
2. Quando me deixaram no corredor quase duas horas esperando pela liberação do plano de saúde e minha filha ficou no berçário. (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. (Entrevistada E11);
4. 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 para que dessem o medicamento na dose certa... Fui reduzida a um prontuário que sequer era lido de forma correta. (Entrevistada E15).

Nos relatos, fica evidente a não atuação da mulher no processo de parto. 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 (corpo 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, e ela se sentiu desconsiderada pela equipe de enfermagem.

Os mecanismos de despersonalização de Goffman (1961) 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 como Foucault (1979), Deleuze e Guattari (2011, 2017) e Goffman (1961) mostram como esses mecanismos estruturais da instituição (operadores da linguagem) atuam de modo a disciplinar o indivíduo e docilizá-lo, como uma forma de atuação de poder ou, em outras palavras, como o sujeito é capturado e sobrecodificado pelo regime moral, de valores (saber médico, profissional), a partir de uma racionalidade binária, em detrimento do saber do corpo, do plano do vivo.

Sendo o regime disciplinar às normativas umas das primeiras formas de sujeição do indivíduo, ao colocá-lo na obediência, 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 que se encontram no indivíduo, ao enquadrá-lo de maneira objetivada, ao reduzi-lo ao sujeito reativo (Deleuze & Guattari, 2011, 2017; Rolnik, 2018). 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. (Entrevistada E4);
2. Quando durante o trabalho de parto eu pedi um copo de água e não me permitiram beber. (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 o sonar ouvi os batimentos do meu filho sumindo. Foi apavorante. (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 despersonalização e objetificação culminam de maneira 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. (Entrevistada E1);
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 fazer”. (Entrevistada E2);
3. Quando eu pedi para não me cortarem (episiotomia) e mesmo assim fizeram. (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. (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. (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. (Entrevistada E12);
 7. Quebraram duas costelas numa cesariana. (Entrevistada E20);
 8. Fui humilhada por estar acima do peso, ouvindo um "engravidou assim porque 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..."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. (Entrevistada E21);
 9. 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! (Entrevistada E17);
 10. Você não tá com dor a ponto de gritar desse jeito! (Entrevistada E18).

A violência obstétrica pode ocorrer de maneira 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, ficam evidentes 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) faz 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 maneira dolorida, excessiva ou sem consentimento, pode ser considerado violência obstétrica (Ministério da Saúde, 2014).

Procedimentos realizados no parto normal dificilmente são feitos de maneira 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 em que se empurra 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 seu uso, no entanto a episiotomia ainda é realizada rotineiramente nos partos

vaginais. Seu uso recomendado deve limitar-se no máximo a de 15% a 30% dos casos e com justificativas de sofrimento fetal ou materno (Diniz & Chacham, 2006, p. 85).

Desautorizar a preambulação, movimentação (item 5 acima) ou obrigar a posição litotômica (itens 4 e 5) também são violências obstétricas que ocorrem de modo muito comum. O Ministério da Saúde (2014), 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:

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). (Ministério da Saúde, 2014, pp. 239-240)

Para “fugir” do sistema obstétrico vigente, as mulheres geralmente buscam procedimentos alternativos por 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 conta que o sistema não lhe permitiu viver o parto. Após duas gravidezes em que sua busca e seus desejos não foram atendidos e 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! (Entrevistada E13).

A produção do parto na dimensão do encontro responsivo permite a relação de escuta e acolhimento, em que essas mulheres aprendem e elaboram sobre a experiência vivida, sobre o que poderia ter acontecido ou não, de modo 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 a não 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 (Entrevistada E12).

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, em desejo de informar e ajudar outras mulheres, seja nos círculos de amigas ou nos grupos de apoio, para que a violência sofrida não se repita com outras. A grande maioria deseja e luta por uma mudança no sistema obstétrico:

Além de não submeter-se à 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-capitalístico. (Rolnik, 2018, p. 24)

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 foi retirado 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.

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, se constitui em micropolítica, em resistência diante das imposições advindas das autoridades médico-hospitalares, de categorias profissionais. São necessários, 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 maneira tecnocrata e mecânica, e desautoriza as mulheres do protagonismo nas relações a partir do acionamento do corpo.

A despersonalização 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, padronizações, 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 sobrecondição 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 como regime disciplinar e linguagem hegemônica.

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 maneira “pessoal-sensorial-sentimental-cognitiva” (Rolnik, 2018) 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 a 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 ocorre nos ambientes institucionais, dados os últimos números que colocam 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 protagonistas do próprio corpo.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847
- Borges, W.A. (2013). *Gestão metropolitana: Sua construção a partir de duas experiências de associativismo territorial na região metropolitana de Curitiba* (Tese de doutorado em Administração Pública e Governo, Programa de Pós-Graduação em Administração, Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo).
- Câmara dos Deputados. (2019). *REQ 129/2019 CSSF*. Brasília, DF. Recuperado de <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2200290>
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico* (M. T. R. Barrocas, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *O anti-Édipo*. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2017). *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%20E2%80%9D.pdf

- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade* (Vol. II: O uso dos prazeres). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Foucault, M. (1987). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Gergen, K. J. (2009). *An invitation to social construction*. London: Sage Publications Ltd.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. In *Manicômios, prisões e conventos* (pp. 316-316). São Paulo: Editopra Perspectiva.
- Ministério da Saúde. (2014). *Humanização do parto e do nascimento*. Cadernos HumanizaSUS Recuperado de https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
- Ministério da Saúde. (2018). *Você sabe o que é violência obstétrica?* Recuperado de <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>
- Ministério Público Federal. (2019). *Nota pública: Violência obstétrica*. Recuperado de <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/nota-publica-violencia-obstetrica/view>
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. Genebra, Suíça. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=5A2473527A018EB607D6EC064D6A36A0?sequence=3
- Portal ODS. (2017). *Indicadores. ODS 03: Saúde e bem-estar. Mortalidade materna*. Recuperado de <http://rd.portalods.com.br/relatorios/12/saude-e-bem-estar/BRA004041095/curitiba—pr>
- Rolnik, S. (2018). *Esferas da insurreição: Notas para uma vida não cafetinada*. São Paulo: n-1 edições.
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002
- Spink, P. K. (2003). *Pesquisa de campo em psicologia social: Uma perspectiva pós-construcionista*. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42. doi: 10.1590/S0102-71822003000200003

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francielli Martins Borges Ladeira e William Antonio Borges trabalharam na conceitualização e abordagem teórica-metodológica. A revisão teórica foi conduzida por Francielli Martins Borges Ladeira e William Antonio Borges. A coleta de dados foi coordenada por Francielli Martins Borges Ladeira e William Antonio Borges. Participaram da análise de dados Francielli Martins Borges Ladeira e William Antonio Borges. Todos os autores participaram da redação e revisão final do manuscrito.