

O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano V | Volume 14 | Nº 41 | Boa Vista | 2023

<http://www.ioles.com.br/boca>

ISSN: 2675-1488

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7955052>



MEDICALIZAÇÃO DO PARTO: REFLEXÃO ACERCA DO (BIO)PODER SOBRE O CORPO FEMININO

Kayo Elmano Costa da Ponte Galvão¹
Conceição de Maria Belfort de Carvalho²
Ilza do Socorro Galvão Cutrim³
Luciano da Silva Façanha⁴
Flávio Luiz de Castro Freitas⁵

Resumo

Este artigo tem como objetivo realizar uma análise reflexiva sobre a medicalização do parto a partir da concepção de biopoder proposta por Michel Foucault, para quem o biopoder se constitui em um governo da vida para criar corpos dóceis e economicamente ativos. Os procedimentos metodológicos envolveram estratégias de pesquisas nas seguintes bases de dados: LILACS, Web of Science, Bdenf, SCOPUS, PubMed/MedLine e Google Scholar. Outros autores como Costa (2012), Velho *et al* (2019), Althabe *et al* (2006), Campbell (2021), Diniz (2009) também nos auxiliam em nossa reflexão. Como resultado, observa-se que a ação do biopoder sobre o corpo da mulher converte-se na medicalização do parto, que visa a controlar as taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Ao inserir a medicina como detentora do saber científico, um novo papel passa a existir, e o controle social passa a agir sobre a vida e decisões femininas. A falta de autonomia diante do processo de parto e nascimento revela um processo de repressão contra o direito de vivenciar uma experiência natural, e coloca as mulheres diante do silêncio e da incapacidade de decisão sobre seus próprios corpos. Conclui-se que o modelo medicalizado ao parto possui críticas, pelo fato de impor constantes intervenções médicas prejudiciais por meio do poder, que inviabilizam o protagonismo feminino. O reflexo da constante assistência médica intervencionista reside no crescente número de cesarianas evitáveis, afastando-nos da diminuição da mortalidade materna e neonatal no mundo.

Palavras Chave: Medicalização; Mulheres; Parto; Política.

Abstract

This article aims to carry out a reflective analysis on the medicalization of childbirth from the conception of biopower proposed by Michel Foucault, for whom biopower constitutes a government of life to create docile and economically active bodies. The methodological procedures involved research strategies in the following databases: LILACS, Web of Science, Bdenf, SCOPUS, PubMed/MedLine and Google Scholar. Other authors such as Costa (2012), Velho *et al* (2019), Althabe *et al* (2006), Campbell (2021), Diniz (2009) also help us in our reflection. As a result, it is observed that the action of biopower on the woman's body becomes the medicalization of childbirth, which aims to control maternal and neonatal morbidity and mortality rates. By inserting medicine as the holder of scientific knowledge, a new role comes into being, and social control begins to act on women's lives and decisions. The lack of autonomy in the labor and birth process reveals a process of repression against the right to experience a natural experience, and places women in the face of silence and inability to decide about their own bodies. It is concluded that the medicalized model of childbirth is criticized, due to the fact that it imposes constant harmful medical interventions through power, which make female protagonism unfeasible. The reflection of the constant interventionist medical assistance resides in the growing number of preventable cesarean sections, distancing us from the reduction of maternal and neonatal mortality in the world.

Keywords: Medicalization; Parturition; Politics; Women.

¹ Graduado em Enfermagem. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: kayoelmano17@hotmail.com

² Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutora em Linguística e Língua Portuguesa pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). E-mail: conceicao.belfort@ufma.br

³ Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutora em Linguística e Língua Portuguesa pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). E-mail: ilza.galvao@ufma.br

⁴ Professor da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutor em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail: luciano.facanha@ufma.br

⁵ Professor da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutor em Filosofia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). E-mail: flavio.luiz@ufma.br



INTRODUÇÃO

O processo de parto e nascimento vem sofrendo transformações consideráveis ao longo dos séculos, produzindo uma conduta intervencionista no centro da assistência, minimizando cada vez mais a participação da mulher nesse cenário. Do ambiente domiciliar, onde era realizado por profissionais parteiras que consideravam a parturição como algo fisiológico, o parto foi sendo cada vez mais institucionalizado, colocando a figura feminina como coadjuvante, e a figura do médico como detentor do saber e das práticas (MENEZES *et al.*, 2020). Nos países ocidentais, o modelo dominante do parto é aquele que lança mão de práticas abusivas, restritivas, e de caráter considerado violento e sem participação da mulher, sendo chamado de modelo medicalizado (BENYAMINI *et al.*, 2017). De forma cultural, a propagação do modelo medicalizado ao parto é considerado “normal” no imaginário feminino, como apontado por Espinosa *et al.* (2022), ao observar que as mulheres do seu estudo preferiam um parto médico, em um ambiente hospitalar, pois haveria mais segurança no processo de parturição. Estas mulheres possuem atitudes favoráveis ao parto medicalizado, pelo fato de seu enraizamento social e político ter sido construído ao longo do tempo.

Diversos autores destacaram o controle social exercido pela medicina na assistência ao parto. Um deles, Irving Zola, na década de 1970, enfatizou que o corpo feminino, antes controlado pela religião e lei, passou a ser controlado, também, pelo saber médico, o qual tem o poder de impor novos caminhos que, por vezes, ultrapassam a fisiologia e autonomia feminina alcançando o corpo social. Historicamente, os discursos produzidos no interior do saber médico ganharam força por relacionarem um evento fisiológico, como o parto, ao risco de morbidade e mortalidade. Essa concepção determinou a intervenção da tecnologia na assistência à parturição, e praticamente eliminou o direito das mulheres ao parto normal e de decidir sobre seus corpos. Essa intervenção teve como consequência uma alta taxa de procedimentos desnecessários, nos dias atuais, culminando no aumento descontrolado de cesarianas por meio do uso constante de tecnologias invasivas (MAUADIE, 2018; VELHO, 2019).

Políticas públicas foram implementadas ao longo dos anos para atender as mulheres de uma forma mais humanizada. O direito ao parto e nascimento passou a ser destacado em programas específicos, como o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), que assegurou melhorias ao acesso e à assistência desde o pré-natal ao período puerperal, além de basear a assistência nas melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2002). Entretanto, ainda é importante ressaltar que esse modelo humanizado e baseado em evidências ainda não é hegemônico, e a intervenção proporcionada pelo modelo medicalizado ainda insiste e se faz presente nas maternidades. A



medicalização do parto é uma ameaça à capacidade de gestão e autonomia das mulheres sobre seus corpos, fruto das relações de poder existentes na sociedade.

Com o nascimento da medicina moderna, indivíduo e sociedade são alvo de intervenção médica. Esse mecanismo de ação sobre os sujeitos, exercido pela medicina, é resultado do avanço desenfreado e, muitas vezes, desnecessário das intervenções tecnológicas (FOUCAULT, 2010a).

Uma forma particular de poder na sociedade de controle, caracterizado por Foucault como um poder de regulamentação da espécie, é o biopoder. Ele emerge quando a espécie humana é concebida como objeto de controle do Estado, que visa gerir a vida da população. O saber médico é um exemplo de exercício de relações de poder sobre o indivíduo e se realiza sobre a vida, que se torna objeto político de intervenções. O parto medicalizado também se apresenta como uma tecnologia de poder sobre o indivíduo (mulher) e sobre a população, na medida em que se apresenta como uma tática de regulação da taxa de mortalidade.

Este artigo tem por objetivo realizar uma análise reflexiva sobre a construção da medicalização do parto a partir da concepção de biopoder, proposta por Michel Foucault. Para tal, tornou-se necessária a realização de uma busca de artigos que contextualizassem o tema de medicalização do parto, nas principais bases de dados disponíveis, com a finalidade de subsidiar a discussão. Com o propósito de melhor didatizar a leitura deste artigo, ele está assim dividido: discute-se, inicialmente, sobre o papel da mulher na sociedade ao longo dos anos, de forma a apresentar, de forma breve, a construção de políticas públicas voltadas a saúde das mulheres no Brasil. Em seguida, aborda-se a questão da medicalização do parto sob a ótica de Michel Foucault, e sua relação com o biopoder.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de reflexão baseado na concepção de biopoder do filósofo Michel Foucault. Para a construção desta reflexão, utilizou-se de estratégias de pesquisas em bases de dados com o objetivo de discutir sobre a temática em estudos voltados a medicalização do parto e sua repercussão na qualidade de vida do binômio. Algumas obras do filósofo foram visitadas para embasar as discussões acerca do assunto, relacionando a medicalização do parto ao poder sobre o corpo feminino, como “Microfísica do Poder”; “História da sexualidade: a vontade de saber” e “Vigiar e Punir”.

Além disso, realizamos buscas nas bases de dados LILACS, Web of Science, Bdenf, SCOPUS, PubMed/Medline e Google Scholar, a fim de encontrar estudos que pudessem contribuir com a temática. A estratégia de busca utilizada foi [(Medicalização) AND (Parto) AND (Mulheres) AND (Política OR



Biopoder OR Biopolítica)], para a busca de artigos em português, e [(*Medicalization*) AND (*Parturition*) AND (*Women*) AND (*Politics*)] para a busca de artigos em inglês. É importante destacar que os descritores em português foram pesquisados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e os descritores em inglês no *Medical Subject Headings* (MeSH). A busca dos dados nas referidas bases de dados ocorreu entre os meses de janeiro e março de 2023.

Outros autores como Costa (2012), Velho *et al.* (2019), Althabe *et al.* (2006), Campbell (2021), Diniz (2009), entre outros, também foram consultados para aprofundar a temática. Os estudos encontrados permitiram discutir a relação existente entre a medicalização do parto e as relações de poder centradas no profissional médico, de modo a caracterizar a necessidade de desenvolvimento de políticas e programas voltados à assistência obstétrica no Brasil.

Com base nos artigos encontrados, e na temática abordada, o estudo está dividido em dois tópicos que fazem uma reflexão sobre os principais achados que dizem respeito à saúde da mulher na sociedade moderna construída com base no capitalismo, até a existência de um alto número de intervenções obstétricas que interferem na diminuição da mortalidade materna e neonatal, e no direito a um parto digno e respeitoso, trazendo o conceito de biopoder no processo de medicalização da assistência obstétrica.

A MULHER NA SOCIEDADE AO LONGO DOS ANOS: UMA BREVE DISCUSSÃO

No Brasil colonial, disseminou-se um ideário de sociedade que deveria atender aos requisitos cristãos, como observado em Portugal. Esse ideal de sociedade produzia discursos normativos, em especial direcionados às mulheres, que eram impossibilitadas de exercer um papel distinto ao que lhes era oferecido, como o de esposa e mãe, levando-as a assumirem muitas responsabilidades relacionadas à família e à educação dos filhos. Esse papel de “mulher da família” as subordinava à sociedade, principalmente aos homens, sendo a igreja uma grande influenciadora desse papel (COSTA, 2012).

Mesmo após o fim do regime colonial, igreja e medicina continuaram lado a lado na produção de um saber sobre a “feminilidade”, o que implicava em um controle sobre o corpo político e social da mulher. Como apontado por Del Priori (1993), a medicina se responsabilizava pelos cuidados com o corpo feminino e a igreja se responsabilizava pela alma das mulheres. Enquanto os cuidados com a alma eram exercidos por meio do dispositivo da confissão, momento em que a mulher expunha a sua vida, o seu dia a dia, e ao mesmo tempo era aconselhada pelo padre como deveria agir, os cuidados com o corpo da mulher eram exercidos pelo discurso médico, que o avaliava como sendo frágil, mas apto para



a reprodução e para cuidar das crianças. Entrava em cena o biopoder na construção de uma sociedade que colocava a mulher como a responsável pela criança, por sua educação, por seu futuro.

Para Federici (2017), a divisão dos papéis na sociedade estava clara, pois o homem estava destinando aos afazeres produtivos, remunerados, sendo visto como provedor da família, e a mulher destinada ao trabalho reprodutivo, doméstico e não-remunerado. Cabral e Rangel (2022) também corroboram essa informação ao enfatizar o papel inferiorizado que a mulher possui em relação ao homem, de forma que exista uma exclusão social apenas pelo fato de ser mulher. Esse olhar reflete teorias reprodutivas, baseadas na diferença fisiológica entre homens e mulheres e que atribuem diferentes papéis a cada um.

Vale destacar que as mulheres tinham uma atuação muito importante no que diz respeito ao parto. Antes de se tornar um ato médico, o parto era realizado por mulheres em um ambiente doméstico, íntimo. Às parteiras cabia a responsabilidade de realizar o parto como também o cuidado com a saúde das mulheres, com o seu pré-natal, com o recém-nascido, e outros cuidados como as orientações com relação à fertilidade.

O papel feminino era restrito, até a década de 1960, às atividades domésticas e parturitivas. O primeiro programa voltado à saúde da mulher no Brasil teve início em meados dos anos 1960, e era denominado Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI). Seu enfoque estava voltado apenas às questões relacionadas à gravidez, parto e nascimento, com ações relativas ao pré-natal em populações desfavorecidas pela previdência. De certa forma, o programa surgiu como proposta para diminuir os índices de mortalidade infantil, embora a principal ideia relacionada ao papel da mulher continuava sendo a maternidade (COSTA, 2012).

O movimento feminista da época reiterava a importância da participação da mulher nas decisões que diziam respeito à sexualidade e reprodução, passando a cobrar do governo ações voltadas à saúde de forma ampla, incluindo o planejamento familiar nesse leque de ações prioritárias. Esse movimento contrariou a ideologia de controle que havia sobre o corpo feminino, colocando o direito de escolha nas mãos das mulheres, a fim de agir livremente sobre o que desejavam e decidiam. Dána-Ain (2019) enfatiza que a teorização feminista coloca em evidência a história feminina como uma interligação pela raça, gênero, classe social e diferentes modos de vivência à sexualidade, muitas vezes expressas de formas distintas entre elas. Isso impulsionou a elaboração e aprimoramento de políticas de saúde que pudessem ofertar o que era condizente às necessidades das mulheres. Desta forma, o programa voltado para a maternidade, alavancado pelos processos de mudança que ocorriam na sociedade, passou a focalizar a mulher de forma integral nos seus ciclos de vida e nas suas necessidades como indivíduo.



Essa busca pelo cuidado integral à mulher iniciou um rompimento nas relações de poder existentes, além de diminuir a desigualdade entre homens e mulheres na sociedade, pois voltava sua atenção aos cuidados com a mulher, transformando o programa em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no início dos anos 2000 (COSTA, 2012). O programa incorporou a concepção de gênero, de forma a analisar profundamente as condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, apontando as imensas desigualdades entre os grupos mais vulneráveis da sociedade. Hoje, aliado à proposta de humanização da assistência, existe a Rede Cegonha com a finalidade de fortalecer o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério às mulheres.

Embora tenha havido todo esse avanço na priorização da saúde da mulher em seus diversos ciclos de vida, as mulheres ainda possuem dificuldade no exercício de sua autonomia na parturição. O principal empecilho se relaciona ao modelo obstétrico vigente, que ainda as colocam como sujeitos passivos, e o médico como detentor de saberes e poderes, impulsionando, cada vez mais, práticas abusivas e desnecessárias, com uso constante de tecnologias que se estabeleceram com o argumento de assegurar um parto mais seguro para a mulher e bebê (TEMPESTA *et al.*, 2021).

A medicalização do corpo feminino foi determinada por fatores históricos, estruturais e pela forma como a sociedade encara as atribuições da mulher, além da medicina e a sua ideia permissiva de manipulação. As mulheres que engravidavam poderiam ter seus bebês no conforto de casa por parteiras treinadas para essa finalidade. Com o declínio da profissão de parteira, no final do século XVI, as práticas mais intervencionistas, como a introdução do fórcepe obstétrico, ficaram evidentes e foram amplamente utilizadas. A introdução e uso do fórcepe no parto trouxeram ao homem o poder de intervir, retirando a ideia de “fisiologia e normalidade” do parto, e trazendo o controle para suas mãos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

É importante destacar que uma das motivações para a medicalização do corpo da mulher tem uma estreita relação com a produção econômica. Gerar filhos vivos e saudáveis possibilita o aumento da população e, conseqüentemente, o desenvolvimento e a riqueza de um país. A mulher, instrumento do biopoder por sua capacidade reprodutiva, é assim colocada como alguém a serviço da população (ROHDEN, 2000).

Exercer a sexualidade de forma plena, bem como seu direito de gerir a própria vida, são a peça-chave para praticar a liberdade. Como apontam Cabral e Rangel (2022), a partir do momento que se nega o poder de decisão sobre o próprio corpo, a exemplo da mulher que é privada de decidir sobre seu próprio processo de parturição, priva-se sua liberdade e autonomia como indivíduos aptos a determinar livremente sobre seus desejos.



A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO COMO FORMA DE PODER SOBRE O CORPO: UMA ANÁLISE DO BIOPODER SOB A ÓTICA FOUCAULTIANA

Foucault, filósofo conhecido por suas reflexões acerca das diversas formas de poder, associa-o ao saber, que acaba por legitimar práticas segregativas e de monitoramento, além de viabilizar a gestão dos corpos e a diminuição da autonomia dos indivíduos. Ele aponta o poder como um operador que age difusamente entre instituições, núcleos familiares, escolas, hospitais, entre outros, incitando comportamentos por meio de supressão e repressão.

Foucault (2010b) preocupava-se em analisar, de forma molecular, o poder existente na sociedade. Ao analisar as instituições como os hospitais, por exemplo, compreendeu como as relações de poder foram se formando. Desta forma, ele analisa que o poder está em todos os lugares, e não em um lugar específico da sociedade, mas distribuídos como uma rede, seja em hospitais, escolas, fábricas, etc. Ao estar presente em discursos e práticas, tendem a atravessar indivíduos e objetos. Os indivíduos tornam-se vigiados, punidos, normatizados através de um dispositivo de poder afincados na sociedade capitalista, o qual foi denominado de Panoptismo. Esse mecanismo pareceu indispensável para disciplinar condutas, garantir o controle dos indivíduos que vivem nessa sociedade, colocando-se como sujeitos que se submetem ao adestramento e transformação. No que diz respeito à mulher, o controle pode ser administrado como racional e consensual, como o manejo das práticas reprodutivas, comportamentos sexuais, modo de gestar e nascer, entre outros.

A medicalização do parto, por exemplo, advinda dos saberes e práticas médicas, se exerce por meio de um poder que impõe uma conduta de deslegitimação do protagonismo da mulher diante do seu trabalho de parto, e dá ao(a) médico(a) o protagonismo na assistência obstétrica. Ressalta-se que a medicalização é uma construção social, sendo, portanto, considerada um processo amplo inserido na sociedade moderna. Contudo, quando é trazida para o centro das discussões obstétricas e analisada pelo alto número de cesarianas existentes, pode-se refletir sobre a medicalização como uma interferência para a prática de um modelo obstétrico mais benéfico e robusto (NICIDA *et al.*, 2020).

O médico, geralmente, possui uma autoridade que, raramente, é questionada. Portanto, são colocados como as pessoas mais adequadas para decidir sobre os cuidados de saúde de seus pacientes. Da mesma forma que existe essa concepção do paternalismo médico, a mulher também é colocada em um patamar de desconhecimento do seu corpo, e confiam nos médicos para as decisões que são inerentes ao parto e nascimento (CAMPBELL, 2021).

Embora a representação do poder tenha um caráter negativo, ele tem uma positividade, ou seja, ele não age só pela repressão. O poder não terá eficácia se for apenas repressor. Ele só vai ser tolerável pelo mascaramento de si. O poder “não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência



de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma certa situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (FOUCAULT, 2010a, p. 89), por isso ele está em toda parte, em todas as relações, como na relação médico-paciente, por exemplo.

Ao dizer à paciente que ela e seu bebê terão mais segurança com o parto medicalizado, o médico está exercendo um poder, de forma positiva, pois está dando à mulher a segurança de ser bem assistida. Mas, como “onde há poder, há resistência” (FOUCAULT, 2010a), surge a necessidade de observar as práticas médicas como excesso de intervenção, e de procurar um caminho para uma prática médica mais humana e fisiológica. Dessa forma, entende-se que, ao moldar as escolhas das mulheres sobre determinar os aspectos que dizem respeito ao parto e nascimento, os médicos contribuem substancialmente na criação de espaços férteis para a medicalização, podendo, inclusive, contribuir para a incidência da violência obstétrica e de gênero. (CAMPBELL, 2021).

Alguns movimentos sociais, culturais e humanísticos de atenção ao período gestacional e puerperal vêm ganhando força contra a prática biomédica e hospitalocêntrica, centrada na doença e na intervenção, e vêm abrindo espaço para as práticas de medicina biopsicossocial. Essa proposta voltada para a humanização, apesar de ser contrária a assistência intervencionista, envolve uma regulação de vida social com o uso de medidas tecnológicas de controle que são ligadas aos processos medicalizadores, traduzindo-se como (bio)política (WARMLING, 2018).

A medicalização coloca a medicina como detentora do saber científico, que está vinculado à prática social construída ao longo dos anos, e o médico tem um novo papel, o de educador e guardião da moral e dos costumes. Para Foucault (1979), a medicina passa a ter um papel estratégico e biopolítico, por tratar de questões que envolviam interesses demográficos da sociedade e o controle da natalidade. O manejo do corpo feminino está intimamente articulado a essa visão da prática médica, consolidada no século XIX, e com a necessidade de aprimoramento tecnológico com o objetivo de proporcionar a diminuição dos agravos à saúde materna e neonatal.

De forma ampla, a medicalização da sociedade contribuiu para que o Estado pudesse agir sobre a vida da população, além de desenvolver a medicina urbana como forma de modificar medidas relacionadas à saúde nas grandes cidades, o que culminou com a transformação do hospital como instituição terapêutica, ou instrumento, com a finalidade de dispor de mecanismos disciplinares, para que o saber médico pudesse agir sobre questões relacionadas à saúde e à doença das pessoas (FOUCAULT, 1979). Quanto mais poder se tem sobre o corpo, mais “adestrado” ele fica e, assim, mais vulnerável às intervenções e “consertos”. O avanço da prática médica sobre a vida das pessoas não pode ser visto apenas como um avanço tecnológico, mas também como um aspecto constitutivo da sociedade.



Ao analisar a natureza política da medicina inserida em um sistema social capitalista, Foucault (1979) pontua que o controle social está intimamente ligado ao controle do corpo. Em outras palavras, ele defende a ideia de que o biopoder foi importante, até mesmo indispensável, no desenvolvimento do capitalismo, pois garantiu o controle dos corpos no aparelho de produção e no ajustamento da população aos processos econômicos.

Até o século XVIII, havia uma separação entre duas formas de poder sobre a vida (FOUCAULT, 2010a). Uma que foi produzida no interior de um dispositivo disciplinar e que diz respeito ao corpo-máquina e seu adestramento, extorsão de suas forças, tendo em vista sua utilidade e docilidade. A disciplina, por exemplo, é uma técnica de produção de indivíduos úteis e é responsável pelo aumento da produtividade. Ela é "um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos" (FOUCAULT, 2010a, p. 177). A disciplina, vale destacar, não atua apenas extraíndo a produtividade do corpo em termos econômicos, ela atua, também, na produção de saberes, como a produção do saber sobre a saúde nos hospitais.

Uma segunda forma de poder sobre a vida se refere ao "corpo-espécie, atravessado pela mecânica do ser vivo e como suporte de processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-la variar". Esses "processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população*". (FOUCAULT, 2010a, p. 31).

No século XIX, desenvolve-se uma nova técnica de poder – a estatização do biológico – considerada por Foucault como uma biopolítica da espécie humana. Ela se ocupa "de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de produção, a fecundidade de uma população etc." (FOUCAULT, 2005, p. 289). Enquanto o poder disciplinar reflete nos corpos dos indivíduos, atuando na individualização dos homens, o biopoder se exerce no coletivo, com vistas a prolongar a vida.

O biopoder e a biopolítica podem ser observados atuando no contexto parturitivo na medida em que há um exercício de controle sobre o corpo da mulher enquanto indivíduo, que se reflete no corpo populacional com vistas a prolongar a vida da população. Isso é realizado por meio de técnicas como o parto humanizado. As práticas relativas ao cuidado com a saúde estão entrelaçadas a uma forma de governar e ser governado (trabalhador de saúde e parturiente).

Robbie Davis-Floyd (2001), antropóloga cultural dedicada à obstetrícia moderna, corrobora com a concepção de paradigmas que cercam a medicina ao longo da história, e que definem uma gama de possibilidades para a evolução do cuidado ao parto e nascimento. Na medicina tecnocrática, existe a



concepção de que a sociedade se desenvolve em torno de uma ideologia de processo de base tecnológica, e a forma como essa ideologia é concebida reflete o valor e o sistema de convicção que a sustentam. Esse valor atribuído à cultura tecnocrática é orientado a um forte lucro econômico, que baseia seu sucesso na ciência, mas que é movida por ideologias patriarcais manejadas por ganhos. Há uma separação de corpo humano e mente humana, trazendo a ideia de que o corpo é uma máquina. Se o indivíduo tem um corpo que produz, o hospital pode ser considerado uma fábrica, e o bebê, que é fruto de um nascimento realizado pela máquina do corpo materno, é também o produto.

Revisitando o conceito de biopoder, atribuído por Foucault (1979), é interessante compreendê-lo com importante relevância para a sociedade atual, pois o avanço das práticas médicas e da tecnologia assumiram um cenário de extrema importância. Foi a partir da sua introdução que técnicas de manipular e decidir sobre a vida das pessoas ganharam desenvolvimento, dos quais é necessário enfatizar seus riscos e benefícios.

A gravidez e o parto tornaram-se uma questão médica pelo fato de o creditarem como um processo que poderia seguir a vertente patológica, uma vez que os casos de gestações complicadas necessitavam de uma assistência mais especializada nos hospitais. A gravidez passou a ser chamada de “*la enfermedad normal*” ou “a doença normal” (SALA, 2020). Dessa forma, a gravidez estava sendo relacionada a um evento hospitalar, de risco, do qual os aparatos tecnológicos presentes ajudariam a consertar o que estava com “defeito”. Toda essa mudança de cenários (do domiciliar, realizado por parteiras, para o hospitalar, realizado por médicos) tinha o objetivo de proporcionar melhorias na vida da mãe e do bebê através da instrumentalização. Toda essa transformação obstétrica está sendo colocada sob o mesmo patamar que trata o modelo biomédico geral, ao expor grande parte das mulheres aos mesmos procedimentos e intervenções sem evidências, e as colocam em uma posição de subordinação, além de negligenciar suas experiências no parto e nascimento, trazendo à tona condutas violentas como a imobilização no leito e a manobra de Kristeller, como práticas amplamente realizadas e aceitas pela sociedade.

Nos dias atuais, discute-se a violência obstétrica como uma das muitas consequências relacionadas à substituição do parto natural pelo parto institucionalizado e médico. Tal violência reforça os valores patriarcais, além de supervalorizar a ordem médica no contexto da assistência à saúde da mulher. A perda da autonomia feminina diante do parto permite-nos compreender que se trata de um processo de negação ou repressão contra o direito de experimentar um parto natural, sem traumas e violência, colocando-as diante do silêncio forçado e da incapacidade de decidir livremente sobre o que desejam ou não. Novamente, estamos diante da condição de fragilidade de poder que é exercido sobre as



mulheres ao longo dos anos, que se sentem silenciadas e inseridas em uma hierarquia, seja por envolver a dependência que têm aos profissionais, ou pelo controle entregue a eles.

Bohren *et al.* (2015) enfatizam que as mulheres se sentem afastadas das decisões sobre o processo de parir e nascer, e que a assistência médica se apresenta como coercitiva de modo a reduzir as usuárias a seres dependentes. Os autores afirmam que há uma assistência que objetifica e desrespeita as práticas seguras e comprovadas na ciência, quando impõem práticas como a exposição do corpo a diversos profissionais ao mesmo tempo. O sentimento de submissão que era destinado às mulheres reforça a humilhação de serem forçadas a permanecer em um ambiente sem privacidade, em posições desconfortáveis e, muitas das vezes, sujas.

Os reflexos da ampla medicalização do parto estão no altíssimo número de cirurgias cesarianas no Brasil, que beiram 56% dos partos nas instituições do País (grande parte acontece em instituições privadas). Embora a luta pela diminuição das cesarianas continue, e as taxas fiquem em torno de 15%, como preconiza a Organização Mundial da Saúde, é preciso olhar para as dificuldades de alcançar esse patamar, como o lucro por trás dessa constante elevação das cirurgias cesarianas, baixa profissionalização e infraestrutura nos partos vaginais, e a formação médica que prioriza práticas amplamente criticadas pelo baixo nível de evidências e recomendações (MINAYO, 2022).

Vive-se, hoje, uma epidemia de cirurgias cesarianas, sem qualquer justificativa plausível para seu uso desenfreado, a não ser aquele movido pela prática medicalizada (SERRA; BATALHA, 2019). O imaginário feminino, construído com base em uma cultura hospitalocêntrica, atribui ao parto vaginal algo doloroso e cheio de riscos, do qual as condutas intervencionistas possuem um significado violento (e são). Porém, a violência obstétrica, alicerçada pelo parto medicalizado, existe pela falta de autonomia e conhecimento da mulher sobre seus direitos, como amplamente discutido neste presente artigo. Dessa forma, a venda da cirurgia cesariana como estratégia para driblar esse “sofrimento”, torna-se uma prática muito aceita no cenário parturitivo.

Quando bem indicadas, as cesarianas podem ser um componente essencial à diminuição da morbimortalidade materna e neonatal. Como pontua Althabe *et al.* (2006), estamos diante de um paradoxo, seja ele cesariano, ou perinatal, este último denominado por Roseblatt, na final da década de 80. Para o autor (ROSEMBLATT, 1989), a expansão do cuidado intensivista colaborou com a diminuição da prematuridade, mas que tiveram um crescimento exponencial nos anos seguintes devido ao uso extensivo da tecnologia, de forma iatrogênica, sobre a população de mulheres e recém-nascidos. Esse entendimento de que o parto regulado pelo excesso de tecnologia está no imaginário dos profissionais que atuam na assistência, que foram ensinados pela educação intervencionista e medicalizada, e está penetrado na sociedade.



A humanização do parto, uma medida amplamente discutida hoje como meio para minimizar as intervenções obstétricas prejudiciais, não é acessada por todas as mulheres, o que torna ainda maior a lacuna causada pela medicalização. Mulheres negras, de classe social menos favorecida, e com baixa escolaridade, possuem barreiras de acesso, que são somadas às intervenções rotineiras e à medicalização do corpo, além de possuírem cuidados diferenciados em comparação às mulheres brancas, com classe social mais favorecida, e alto nível de alfabetização. Se, por um lado, mulheres brancas possuem um acesso mais facilitado às tecnologias benéficas e no tempo oportuno, mulheres negras são mais medicalizadas, e sujeitas às intervenções como manobra de Kristeller, e uso constante de ocitocina, além da perda de autonomia diante da conduta médica (DÁNA-AIN, 2019). Essa informação é ratificada por Souza (2020), quando comenta a ampla perpetuação do modelo biomédico, hospitalocêntrico, tecnocrático que, além de não favorecer o declínio da morbimortalidade materna e neonatal, entende a gestação, parto e puerpério como eventos que impactam negativamente a saúde feminina dentro de distintas posições sociais.

O empoderamento das mulheres, por meio de uma assistência pré-natal assistida por profissionais que as eduquem sobre seus direitos, e as informe sobre as práticas baseadas em evidências, é uma ferramenta extremamente poderosa para que a transformação aconteça e que, finalmente, possamos deixar para trás esse enorme capítulo violento da história obstétrica, rumo aos cuidados baseados em evidências e direitos que são precisos e valiosos (DINIZ, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta reflexão permitiu compreender o desenvolvimento das relações de poder inseridos na sociedade, em especial o biopoder, e sua ação sobre o corpo da população, em especial a feminina, e sobre a medicalização do parto. É notável que melhorias no cuidado obstétrico são imprescindíveis, e cabe aos profissionais de saúde, em especial aos médicos, a formação profissional baseada em evidências científicas, de forma a priorizar a fisiologia do parto e nascimento sem intervenções que coloquem em risco mãe e bebê.

Como apresentado nesse artigo, é possível observar o modelo medicalizado como possuidor de críticas e desgastes, do qual Foucault correlacionou sua prática ao biopoder, com constante vigilância do estado interessado no controle dos corpos, de forma a tornar “normal” o controle das vidas das mulheres. Os autores encontrados para subsidiar a discussão, corroboram que o modelo medicalizado ao parto contribui fortemente para a perda da autonomia, para o desrespeito ao corpo e ao processo natural de gestar e parir, além de aumentar fortemente as barreiras de acesso e cuidado às mulheres de



diferentes classes sociais, submetendo-as a inúmeras formas de controle médico e tecnologias invasivas prejudiciais.

Embora o desenvolvimento de políticas e programas voltados à atenção obstétrica foi sendo reestruturado ao longo dos anos, como o PHPN e a Rede Cegonha, ainda persistem práticas que deslegitimam o direito da mulher a um parto mais fisiológico, do qual ela faça verdadeiramente parte do processo, como sujeito de voz e desejos. Os altos números de cesarianas, de procedimentos invasivos e rotineiros precisam ser diminuídos, e isso realmente acontecerá quando a concepção de parto como evento patológico, que precisa da intervenção profissional para progredir, for descartada e forem introduzidas diversas evidências científicas disponíveis na assistência.

É necessário aumentar a discussão sobre a mudança de paradigmas obstétricos, no qual o modelo que prioriza o protagonismo médico dê espaço para o protagonismo feminino. É importante oferecer meios para que as escolhas das mulheres sobre o manuseio dos seus corpos sejam seguras e benéficas. Reitera-se, também, que é importante que o ensino médico nas muitas universidades ao redor do mundo, priorize o saber científico que beneficie uma conduta menos intervencionista, de forma a lançar uma educação profissional baseada em evidências, que se traduzam nos melhores indicadores obstétricos vigentes, como o direito a um parto seguro, pleno, livre de danos e violências.

É evidente que o uso da tecnologia favorece um melhor diagnóstico e tende a salvar vidas de modo nunca visto antes, mas seu uso desenfreado, imprudente e rotineiro faz o inverso daquilo a que ele se propõe, colocando mulher e bebê em situações de extrema vulnerabilidade, atingindo de modo profundo os indicadores de mortalidade e morbidade materna e neonatal. Esse “paradoxo perinatal”, grande aliado à medicalização do parto, precisa ser reconhecido e combatido, até que o uso da tecnologia, de fato, seja necessário no momento certo e com indicações reais. Dessa forma, chegaremos mais perto de atingir a qualidade da assistência que tanto desejamos para as mulheres e recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J. “Caesarean section: the paradox”. **Lancet**. Vol. 368, n. 9546, 2006.

BENYAMINI, Y. *et al.* “Women’s attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth”. **Women Birth**, vol. 30, n. 5, 2017.

BOHREN, M. A. *et al.* “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”. **PLoS Med**, vol. 12, n. 6, 2015.

BRASIL. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/04/2023.



CABRAL, C. P.; RANGEL, T. L. V. “Autonomia sobre o corpo feminino? O (ir)reconhecimento do direito à laqueadura como direito reprodutivo no ordenamento brasileiro”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 9, n. 25, 2022.

CAMPBELL, C. “Medical Violence, Obstetric Racism, and the Limits of Informed Consent for Black Women”. **Michigan Journal of Race and Law**, vol. 26, 2021.

COSTA, A. M. “Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos”. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

DAVIS-FLOYD, R. “O tecnocrático, humanístico e os paradigmas holísticos do parto”. **Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 1, 2001.

DEL PRIORI, M. **Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: Editora José Olímpio, 1993.

DINIZ, S. G. “Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal”. **Journal of Human Growth and Development**, vol. 19, n. 2, 2009.

ESPINOSA, M. *et al.* “Group: Attitudes toward medicalization in childbirth and their relationship with locus of control and coping in a Spanish population”. **BMC Pregnancy Childbirth**, vol. 22, n. 1, 2022.

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

FOUCAULT, M. “Aula de 17 de março de 1976”. In: FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: A vontade de saber**. São Paulo: Editora Graal, 2010a.

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

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 2010b.

MAUADIE, R. A. **O poder decisório da mulher no parto: as práticas discursivas dos profissionais e sua relação com a formação em obstetrícia (Dissertação de Mestrado em Enfermagem)**. Rio de Janeiro: UERJ, 2018.

MENEZES, F. R. *et al.* “O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições”. **Interface**, vol. 24, 2020.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. “Existe solução para o excesso de cesarianas no Brasil?” **SciELO em Perspectiva** [2022]. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 23/04/2023.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. “A institucionalização médica do parto no Brasil”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 3, 2005.

NICIDA, L. R. A. *et al.* “Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 11, 2020.



ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher** (Tese de Doutorado em Medicina Social). Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

ROSENBLATT, R. A. “The perinatal paradox: doing more and accomplishing less”. **Health Aff (Millwood)**, vol. 8, n. 3, 1989.

SALA, V. V. V. “La enfermedad normal. Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto”. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 34, 2020.

SERRA, M. C. M.; BATALHA, G. F. O. M. “Do poder disciplinar ao biopoder: medicalização do parto a partir da incidência de cesarianas”. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, vol. 5, n. 2, 2019

SOUZA, J.B. “Humanized childbirth and the right to choose: analysis of a public hearing in Rio de Janeiro”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. 27, n. 4, 2020.

TEMPESTA, G. A.; FRANÇA, R. L. “Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica”. **Horizontes Antropológicos**, vol. 27, n. 61, 2021.

VELHO, M. B. *et al.* “Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, n. 3, 2019.

WARMLING, C. M. *et al.* “Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 34, n. 4, 2018.

ZOLA, I. “Medicine as an institution of social control”. **The Sociological Review**, vol. 20, n. 4, 1972.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano V | Volume 14 | Nº 41 | Boa Vista | 2023

<http://www.ioles.com.br/boca>

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima