

## Maternidade hegemônica: violências e violações na assistência

*Hegemonic motherhood: violence and violations of assistance*

Paula Land Curi <sup>1</sup>, Giulia Latgé Mangeli Ladino<sup>2</sup>, Beatriz Malheiros Brito<sup>3</sup>

**1** Professora do Departamento de Psicologia, orientadora PIBIC e supervisora de Estágio, Universidade Federal Fluminense, Niterói., Rio de Janeiro, Brasil - [paulalancuri@id.uff.br](mailto:paulalancuri@id.uff.br) / <https://orcid.org/0000-0003-4204-8785>

**2** Graduada em Psicologia e aluna PIBIC (2016-2017), Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil - [giulia.mangeli@gmail.com](mailto:giulia.mangeli@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0003-4206-9033>

**3** Graduada em Psicologia e aluna PIBIC/CNPq (2017-2018), Universidade Federal Fluminense, Niterói., Rio de Janeiro, Brasil - [biamalheirosbrito@gmail.com](mailto:biamalheirosbrito@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0001-5181-4432>

Recebido em 03/11/2018. Publicado em Agosto/2019

### Palavras-chave:

Mulher, Maternidade, Discurso hegemônico, Assistência, Ciência Colonizadora.

**RESUMO:** Este trabalho parte de inquietações e indagações advindas da prática clínica com mulheres, “tornadas” mães, em instituição médico hospitalar - maternidade. Surge de encontros com essas mulheres-mães, com a equipe multidisciplinar responsável pela assistência e com a operacionalização e a efetivação das políticas públicas de saúde para as mulheres e para o binômio mãe-bebê. Pretende-se chamar atenção para os perigos de uma história única, uma vez que a experiência de estágio em psicologia clínico-institucional nos mostrou o quanto os saberes e práticas assistenciais ainda se encontram “emprenhados” pelo discurso hegemônico sobre a mulher e a maternidade contando com um notável esquadramento medicalizante e científico. O mito do amor materno se apresenta no cotidiano da assistência, produzindo pouco cuidado, porém, muitas violências e violações. A assistência prestada às mulheres não leva em consideração a necessidade de se garantir as histórias múltiplas.

### Keywords:

Woman, Maternity/motherhood, Hegemonic discourse, Assistance, colonizing Science.

**ABSTRACT:** This work is based on concern and inquiries from clinical practice with women, 'become' mothers, in a hospital - maternity hospital. It comes from meetings with these mothers, with the multidisciplinary team responsible for assistance and with the operationalization and implementation of public health policies for women and the mother-baby binomial. It attempts to draw attention to the dangers of a single history, since the experience of internship in clinical-institutional psychology has shown us how much knowledge and care practices are still 'bogged down' by the hegemonic discourse on women and motherhood, relying on an striking medical and scientific scanning. The myth of maternal love presents itself in the daily life of the care, producing little care, however, many violence and violations. Assistance to women does not take into account the need to ensure multiple stories.

## INTRODUÇÃO

Com o intuito de compreender como se dá, atualmente, o campo de práticas e saberes que versam e intervêm sobre a maternidade, tornou-se necessário buscar, historicamente, em que momento, de que forma e por qual razão a mulher se tornou objeto de regulação, de controle e de destaque nos discursos médicos, morais e econômicos.

A importância socialmente dada à criança, especialmente a partir do século XVIII, pode nos conduzir ao lugar construído e designado à mulher na sociedade. Ou seja, no decorrer da história, nem sempre foi atrelada à mulher a maternagem<sup>1</sup> de seus filhos, já que, socialmente, as crianças não precisavam ser zeladas. Mas quais teriam sido as condições de possibilidade para que o procriar e o cuidar de filhos se tornassem destinos inelutáveis para as mulheres tornadas, a partir de então, mães?

A fim de localizarmos esse encontro entre a mulher e a maternidade, no modelo que hoje reconhecemos nas maternidades – instituições médicas –, necessitamos retornar à aliança que se deu entre o Estado e a medicina, grande protagonista dessa mudança. O discurso médico, alinhado aos interesses do Estado, tomou a relação mãe-filho como objeto de intervenção, exigindo às mulheres novas funções e padrões de comportamentos. Regulação e controle tornaram-se os seus imperativos, em uma época em que urgências econômicas desvelavam que a forma de se relacionar dentro da família prejudicava o perfeito aproveitamento social de seus integrantes. Conseqüentemente, necessitava-se (re)avaliar lugares, especialmente aqueles destinados às mulheres<sup>2</sup> e às crianças. Proteger a infância através das mulheres, fazendo delas mães, se tornou primordial, especialmente quando se impôs um novo formato de se lidar com o capital.

Desenvolver a nação e não desperdiçar (possíveis e futuros) corpos úteis são urgências políticas e econômicas, mas, para isso, tornar-se-ia necessária a regulação<sup>3</sup> e fabricação de novos padrões de adequação social. Dentre eles, um novo sentimento merece, aqui, atenção especial: o “amor materno”.

---

<sup>1</sup> Tomamos, para fins deste trabalho, a “maternagem” enquanto um substantivo feminino que traduz zelo, cuidado. Ou seja, ações direcionadas ao suporte da vida do bebê. Não intentamos aqui qualquer alusão a alguma técnica ou conceito específicos.

<sup>2</sup> Utilizamos mulheres no seu sentido mais geral, sem fazer qualquer recorte de classe ou raça, embora saibamos que a história hegemônica, eurocentrada, se refere às mulheres brancas de classes mais abastadas. Entendemos que as mulheres não fazem conjunto homogêneo, e que a análise de outras categorias se torna grande aliada para se refletir sobre a condição da mulher em nossa sociedade.

<sup>3</sup> Segundo Costa (1989), regulação é “o mecanismo de controle que estimula, incentiva, diversifica, extrai, majora ou exalta comportamentos e sentimentos até então inexistentes ou imperceptíveis” (p. 90).

O interesse no laço que une uma mulher e seu filho surgiu através de agenciamentos sociais que modificaram, principalmente, o valor dado à prole na instituição familiar, a partir do século XVIII. Antes disto, não era da ordem das funções destinadas às mulheres a (pre)ocupação com o cuidar, nem com o educar de seus filhos. Como Nunes (2000) bem destacou, a figura da mãe era, inclusive, prescindível.

Badinter (1985) questionou essa “vocação natural” para a maternidade atribuída à mulher, assim como a imposição para a mulher, agora tornada mãe, desse sentimento supostamente instintual, inato, chamado de amor materno. Para a autora, na medida em que se percebeu uma correlação entre a sobrevivência das crianças e o investimento nelas, novos discursos sobre os corpos femininos e infantis reverberaram forjando modos de vida, especialmente para as mulheres. Dentre eles, ressaltamos aquele que fixou como destino natural das mulheres a procriação e o amor incondicional a sua prole.

Embora o contexto rapidamente descrito possa parecer bem distante de nós, quer no tempo quer no espaço e, inclusive, aparentemente ingênuo<sup>4</sup>, o objetivo para a breve recapitulação, feita em linhas gerais, foi colocar em evidência a versão historicamente apresentada. Diríamos, a hegemônica. Contudo, isso não se deu por acaso.

A experiência de estágio em psicologia clínico-institucional nos mostrou o quanto os saberes e práticas assistenciais ainda se encontram “emprenhados” pelos discursos hegemônicos sobre a mulher e a maternidade. O mito do amor materno se apresenta no cotidiano da assistência, produzindo pouco cuidado, porém, muitas violências e violações.

Este trabalho, embora teórico, parte de inquietações e indagações advindas da prática clínica com mulheres, “tornadas” mães, em instituição médico hospitalar- maternidade. Surge de encontros com essas mulheres-mães, com a equipe multidisciplinar responsável pela assistência e com a operacionalização e a efetivação das políticas públicas de saúde para as mulheres e para o binômio mãe-bebê.

Intenta, de fato, a partir da experiência, chamar atenção para aquilo que Adichie (2012) nos ensinou – os perigos de uma história única – “sobre como estereótipos limitam e formatam nosso pensamento” (p. 7), e a importância de se pensar em estratégias para garantir histórias múltiplas.

## **A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO DA MULHER E A MATERNIDADE CIENTÍFICA**

---

<sup>4</sup> É uma versão eurocêntrica, que, inclusive, não leva em consideração as categorias raça e classe em sua análise.

A medicina moderna, nascida sob a égide do cientificismo, se constituiu através de homens brancos, nomeados “homens das ciências”. Contudo, ela não foi pioneira no conhecimento sobre o funcionamento dos corpos femininos. Os saberes sobre o parto, a gestação e, inclusive, às vidas infantis eram considerados da ordem das “comadres”. Ou seja, se circunscreveram sempre junto às mulheres, “com” e “para” as mulheres. A aproximação dos médicos ao parto se deu visando afastá-las deste e introduzir, neste cenário antes iminentemente feminino e familiar, o discurso científico.

Paulatinamente a mulher, seu corpo e a sua sexualidade foram se tornando objeto de investigação (e regulação) da ciência, contribuindo para o surgimento das chamadas “ciências da mulher”. A constituição da obstetrícia, e posteriormente da ginecologia<sup>5</sup>, enquanto saberes sobre os corpos das mulheres, legitimou ainda mais o discurso sobre a natureza feminina, justificando-a como *fato científico inquestionável*.

Critérios biológicos e objetivos, que só a ciência poderia oferecer, não deixavam margem para qualquer questionamento, pois a ciência se apresentava como “um novo discurso, mais objetivo e imparcial, distante” (MARTINS, 2004, p. 37) e, por isso, inegável.

O reconhecimento das diferenças anatômicas entre os sexos fez com que as mulheres fossem tomadas como um grupo específico de pacientes para os médicos e seus discursos medicalizantes. Todavia, para que os conhecimentos produzidos nesse processo de desvelamento do corpo feminino, tivessem repercussões nas vidas das mulheres, era preciso também um lugar tático para a entrada dos saberes médicos dentro das famílias. Afinal, como iriam as mulheres e as famílias considerarem, com tanta convicção, a verdade produzida pelo mundo da ciência? Alianças e parcerias foram feitas, entre o Estado e a medicina, assim como entre os médicos e as próprias mulheres. Mas, de que mulheres falamos? Com certeza, não de todas.

## A “CIÊNCIA” COLONIZADORA

Quando nos colocamos a refletir sobre a história da maternidade, somos muitas vezes reportados para os séculos XVIII e XIX, assim como para um outro continente, o Europeu, com o qual estabelecemos uma relação específica de colonizados. A necessidade de se marcar a diferença se dá porque a breve história, previamente descrita, serve pouco para nos ajudar a refletir sobre as nossas diversas mulheres, no plural, suas especificidades, e os seus processos de se tornarem mães.

---

<sup>5</sup> Vale ressaltar, com Rohden (2001), que neste processo, a ginecologia “se converte em uma verdadeira ciência da diferença” (p. 14).

Para que possamos fazer uma análise do cenário brasileiro, precisamos não só voltar no tempo, mas (re)afirmar que as estruturas sociais, que fundam e alicerçam a sociedade produziram – ainda produzem – efeitos que se traduzem na (má) qualidade da assistência prestada às mulheres no momento de gestação, parto e puerpério. Patriarcado, racismo, classismo e cristianismo são marcas sociais que atravessam os corpos das mulheres (oprimidas), em especial daquelas que são usuárias do sistema público de saúde.

Embora o objetivo aqui não seja o de discutir a maternidade nos “idos” tempos do Brasil Colônia, nem os percalços relativos à nossa constituição enquanto nação, faz-se relevante, mesmo que brevemente, tecer alguns comentários que possam contribuir para análise acerca da assistência prestada às nossas mulheres, no âmbito de nosso sistema de saúde, universal – SUS.

A ascensão burguesa, quer na Europa, quer no Brasil, produziu transformações no modo de organização da família moderna e nas relações estabelecidas entre seus membros, conseqüentemente, em relação à maternidade e aos cuidados maternos também.

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil fez, do país, sede do governo português. Tal fato propiciou um grande interesse pelas cidades brasileiras, promovendo “uma reeuropeização” dos costumes coloniais pela transposição, para o Brasil, de hábitos relativos a uma cultura gestada na Europa” (MOURA, 2004, p.48). Assim, os higienistas, aliados às mulheres e às crianças, auxiliaram a família brasileira a assumir novos valores (MOURA, 2004), produzindo o que Costa (2004) chamou de “família colonizada”:

A sociedade brasileira, até a chegada da Corte, comportava-se como uma sociedade pré-competitiva [...]. Com a implantação da aristocracia e dos representantes da burguesia industrial este sonolento poder latifundiário foi sacudido. Face àqueles grupos, comerciantes nativos e potentados rurais passavam a equivaler-se em rudeza e estupidez culturais. A Corte era mais exigente. Para participar de seus favores já não bastavam dinheiros, escravos, terras, brancura da pele, catolicismo na alma ou qualquer tradição de importância ligada aos costumes locais. A condição para introduzir-se junto à aristocracia era aristocracizar-se. (COSTA, 2004, p. 106)

Tornando a medicina higiênica parte da ciência médica, com ênfase direta na sociedade, preceitos e regras surgiram como necessários à aquisição, assim como conservação da saúde (COSTA, 2004). Neste contexto, ainda seguindo Costa (2004), nada mais coerente do que uma ingerência médica em todos os setores da vida pública e privada – das ruas às casas; das casas aos seus habitantes, em especial, aqueles mais vulneráveis – mulheres e crianças. A medicina da época, afinada com as exigências sociais, políticas, econômicas e culturais de organização, equiparou o corpo feminino às suas características biológicas:

A cor e a textura de sua pele imprimiam os signos elitistas que os senhores buscavam exibir. Num período em que a cor da pele distinguia por si só, senhores de escravos,

dominantes de dominados, a tez branca era tão importante quanto os brasões de linhagens ou posse de terras. A pele fina e alva era uma manifestação do racismo conservador das elites. O físico da mulher correspondia ao comando ideológico de seu grupo social. (COSTA, 2004, p. 119).

Quanto à gestação e à amamentação, o sentimento colonial contrariava as expectativas da cidade, do Estado Nacional e do poder médico, o que sinalizava para um descompasso entre a prática e a medicina da mulher no Brasil, bem como as exercidas nos centros europeus. Isto, porém, apenas no princípio. Não tardou para que, imbuídos de um espírito cientificista e eurocêntrico, fosse produzido um saber “sobre a mulher, o seu corpo, mesmo que fosse, na verdade, uma reprodução do que liam ou ouviam durante os cursos e não em uma reflexão fundada na observação” (MARTINS, 2004, p. 152). Afinal, “desde a colônia até o início do século XIX, a educação da “elite” brasileira se pautava basicamente pela formação europeia” (CARNEIRO, 2010, p. 3).

Todo ensino médico era centralizado em Portugal, bem como a fiscalização e a emissão de licenças para o exercício da medicina ou para manipulação de remédios e drogas por parte dos boticários. Os interessados nas artes médicas e farmacêuticas deviam estudar por conta própria e provar seus conhecimentos junto às autoridades reais a fim de exercer sua profissão. Ou então contar com a fortuna de suas famílias para realizar estudos de medicina em Coimbra. (MARTINS, 2004, p. 143).

Alinhado a um projeto de adequação da população ao modelo civilizador europeu, Carneiro (2010) nos lembra que nesse tempo de grandes transformações socioeconômicas, a ciência parecia fazer parte da política, o que fazia com que estudantes atravessassem o Atlântico em busca de “conhecimento civilizado”. A Europa, nesse momento, preocupava-se com a prevenção das morbidades e com o conhecimento aprofundado do corpo humano, tateando “nas definições das características diferenciais entre os gêneros” (CARNEIRO, 2010, p. 4).

A obstetrícia ainda caminhava para se constituir como uma especialidade quando a medicina europeia já se preocupava com desdobramentos do parto, causados pela insuficiência de técnicas de assepsia, pelo desconhecimento do corpo da mulher – “um gênero ainda em construção para a biologia” (CARNEIRO, 2010, p. 6), como nos mostra também Rohden (2001), ao verificar que, neste tempo, as definições de gênero se baseavam na diferença biológica e emocional entre os sexos.

Os grandes progressos da fisiologia e da anatomia patológica propiciam um conhecimento mais íntimo dos órgãos e dos tecidos, mostrando aos médicos as semelhanças entre o homem e a mulher. Mas, a despeito das semelhanças reconhecidas, os médicos irão e se ocupar com a tarefa de encontrar evidências da inferioridade femininas. É certo que eles também se esmeram em descrever a “doçura” e as “virtudes morais” da mulher, mas, ao mesmo tempo, multiplicam as suas patologias, os seus desregramentos, causados em última instância pelo “predomínio de seu sistema genital”. A mulher é governada pela sua fisiologia e esta fisiologia é inerentemente patológica. (ROHDEN, 2001, p. 54).

Assim, as pesquisas europeias avançaram no campo do conhecimento sobre o corpo feminino calcadas no seu sistema genital, em capacidade de reproduzir. O feminino, frágil, débil, vulnerável, diante da emergência científica dos diagnósticos, urgia também conceber a especialidade no tratamento de gestação e suas consequências. Esta visão determinaria e afetaria a recém-criada medicina da mulher. Entre o racionalismo científico e a permissão da sensibilidade, alguns especialistas relacionaram gênero as qualidades morais (CARNEIRO, 2010).

## **BRASIL, SÉCULO XX E AS POLÍTICAS DE ALIANÇAS**

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004, p. 15).

No entanto, apesar do reconhecimento do Estado das ações médicas ser de total importância para a consolidação do poder médico, este não era suficiente para que os “doutores” e seus saberes penetrassem no seio familiar. Martins (2004) pontua que para os médicos adentrarem no interior das famílias, para que suas falas e prescrições tivessem força, seria necessária uma aliança entre eles e as mulheres. Tal parceria foi um cenário central tanto para que os médicos se tornassem, como a autora os chama, os “conselheiros das famílias”, como também para a entrada dos ideais médicos científicos nos lares brasileiros.

Nesse processo de ampliação da prática e do poder médico, sustentados pelos pressupostos higiênicos, o lugar da mulher também se reforçava enquanto mãe, a partir da dimensão biológica do seu corpo. Nesse caso, Costa (1989) define de forma sintética e precisa o que seria a mulher, ou melhor, “mãe higiênica”: “amante dos filhos, aliada dos médicos” (p. 255).

Dos lares aos hospitais, a medicina acabou também por aumentar o escopo de sua atuação, tornando-se cada vez mais intervencionista, “aprimorando” a assistência ao parto e ao recém-nascido, transformando, conseqüentemente, toda a experiência de parir e nascer (MARTINS, 2004). A tecnologia médica, seus novos aparatos técnicos e saberes especializados tomaram à frente da cena do parto. Estavam nas mãos deles (os médicos) o controle do parir.

O imperativo que surge – tornar-se mãe pelas mãos de médicos cientistas – forjava uma mulher-mãe, cuja natureza, determinada por sua biologia, marcava de forma tal a história

de uma mulher com seu filho que nenhuma categoria outra, histórica, social ou mesmo individual pudesse ser levada em consideração. Este é um ponto que muito nos interessa, visto que, não obstante, floresce ainda hoje nas instituições hospitalares – maternidades –, uma visão romanceada do tornar-se mãe.

Dentre os atributos de uma boa mãe está a sua capacidade de se vincular, de “forma positiva” com o bebê que acaba de nascer. Não por acaso tal exigência do amor materno (incondicional) se funda através da grande descoberta de que “faz bem” para a saúde dos bebês o “afeto positivo” da mãe e de que “não faz bem” para o bebê a separação dela, sem espaço para negociações. Talvez, para os pouco atentos, possa parecer uma descoberta neutra e inofensiva. No entanto, com cuidado e atenção, é possível ver o turbilhão de sentidos e pesos que modificam nas vidas das mulheres.

Contudo, o caráter problemático por trás dessa exigência, além de uma universalização de modos de ser mãe, é ignorar, além de outras categorias relevantes à análise, que o processo de se tornar mãe não é isento de sofrimentos e dificuldades singulares e que, talvez, cumprir a função (social) de mãe não seja o único desejo da vida de algumas mulheres. Algumas, sabemos, não a desejam.

Sob esse aspecto, as contribuições de Freire (2014) são bastante interessantes. A autora se debruça em pesquisar o papel das revistas femininas na propagação de um certo ideal de maternidade, que ela denomina “de base científica”, e na formação de uma aliança entre as mulheres de classe média e alta brasileira e os médicos, em nome dos cuidados com as crianças, no período conhecido como “Bellé Époque”.

Freire (2014) destacou a forma como a maternidade era valorizada – “a função mais importante das mulheres” (p. 98) e como, paulatinamente, os conhecimentos da ciência foram sendo incorporados e tornados temas frequentes nas revistas femininas. Ser mãe passava a ser entendido não somente por sua dimensão instintual, mas também pelo seu caráter científico, o qual demanda às mulheres educação para que pudessem se tornar auxiliares dos médicos. Para ser uma excelente mãe, a mulher deveria seguir a Ordem – “a maneira ‘correta de exercer sua ‘mais nobre missão’” (FREIRE, 2009, p. 126).

No entanto, é interessante sublinhar que esse movimento em torno da construção dessa nova forma de ser mãe, vinculado aos pressupostos médicos-científicos-higiênicos, não se deu de forma tão unilateral. Freire (2009) pontua que tais conhecimentos não passaram de forma sublimar, impositivamente e sem um olhar crítico. Pelo contrário, de acordo com a autora, foi um movimento envolvendo múltiplas forças e articulando interesses médicos em sua maioria, mas, também, interesses das mulheres e de outros vetores sociais. Ou seja, ainda assim existiam



formas de resistências, de preservação dos próprios saberes femininos, rejeitando ou incluindo os conhecimentos produzidos pela ciência.

O discurso puericultor, dentro do cenário em que a ciência conjuga poder e verdade, é extremamente forte e de grande penetração social. Sendo assim, restava às mulheres, nomeadas “auxiliares dos médicos”, seguirem as regras (técnicas) no/do cuidado para se adequarem as normas esperadas. E se, por um acaso, não se atingisse às normas esperadas?

Para tal, as mulheres precisariam se manter atentas, vigilantes em reconhecer algo desviante. Eram elas “auxiliares” dos médicos, mas *somente* “auxiliares”. Conforme Freire (2009) ressalta: “mesmo alçadas ao papel de auxiliares do médico, as mulheres eram alertadas sobre o risco de qualquer iniciativa autônoma, o que as mantinham dependentes de orientação especializada”. (p. 133). Regras, normas de higiene, preceitos, técnica. A modernidade carregada pela racionalidade científica invadia as vidas e as vidas das mulheres-mães.

Paradoxalmente, da mesma forma que a ciência precisa dizer o que a mulher deve fazer, ela já deveria saber por sua própria natureza. É possível concluirmos, então, que as mulheres sempre estariam de algum modo “fora de curva” ou por não estarem em sintonia com sua natureza ou por não dominarem a destreza da técnica médica e precisarem de auxílio para seguirem os caminhos corretos da ciência. Não há escapatória, as mulheres sempre falharão.

Sombras desse passado, que retificam um único lugar possível para a mulher e uma única forma de se viver a maternidade, ainda aparecem na lógica assistencial e nas políticas públicas de saúde. Elas trazem muitos ruídos, muitos mal-entendidos. Produzem descuido, muita violência institucional e violações de toda sorte.

## **DA ASSISTÊNCIA ÀS VIOLÊNCIAS E VIOLAÇÕES: LIMITES TÊNUES**

A inserção do corpo feminino em território médico-científico se dá, como vimos, a partir da tomada deste como objeto da medicina. O intuito desta apropriação é de validar a “natureza feminina” e sua adequação para as funções maternas, através de um olhar biológico e moralizante, incidindo nos e sobre os corpos femininos (VIEIRA, 2002).

O corpo feminino, outrora circunscrito no âmbito das redes de mulheres, das comadres, foi sendo expropriado destas, tornando-se então um problema médico. E, medicalizado, foi paulatinamente se tornando adequado a suas novas funções e padrões de comportamentos. Exalta-se o amor materno, incondicional, fixando e moldando mulheres que, tal como aponta o dito popular, deveriam “padecer no paraíso”. A maternidade surge, então, como um misto de sofrimento e prazer absolutamente intrínseco à vida das mulheres. Afinal, como aponta Nunes (2000): “Se o mundo é um vale de lágrimas, ele o é especialmente para as mulheres” (p. 27).

No contexto das instituições brasileiras nomeadas hospitais-maternidades, é inegável a prevalência de um ideal de “boa mãe”, sustentado no mito do amor materno incondicional. Parece-nos que as equipes de assistência não só sustentam, mas ainda o reforçam, retirando da assistência marcas essenciais – gênero, raça e classe – que poderiam prover cuidados com qualidade às mulheres, pois, tomam as brasileiras, usuárias do SUS, na maioria das vezes pobres e negras, como se fossem aquelas mulheres das histórias únicas que escutaram... Das histórias que habitam muitos livros que falam sobre mulheres – brancas e de classes mais abastadas – como se elas formassem um conjunto único, sem suas especificidades. Cabe-nos, então, mais uma vez lembrar, essas não são as nossas mulheres!

A maior parte das mulheres brasileiras, ao adentrarem numa maternidade pública, ao não preencherem os quesitos forjados pelos saberes hegemônicos sobre a mulher, seu corpo e sua função social, fica exposta a muita violência institucional. Essa violência se relaciona aqui a algo anterior a práticas isoladas de profissionais mal preparados, mas um posicionamento disciplinar para esse corpo não adequado àquilo que é esperado dele.

Diniz et. al. (2015), ao apontar estudos que discorram sobre as causas da violência obstétrica, evidenciam como, na formação médica, mulheres são escolhidas para o treinamento de procedimentos mesmo que não indicados ou desnecessários conforme certo ordenamento hierárquico do valor social das pacientes. Desse modo, a vulnerabilidade da mulher, ou, podemos dizer, o seu maior afastamento com certas marcas identitárias do ideal de ser mãe – como o visto nas mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento – é posta como chancela para violações de seus direitos humanos e reprodutivos.

A formação de novos profissionais, embasada em uma bibliografia ultrapassada que limita o conhecimento sobre uma prática baseada em evidência, faz com que as melhores práticas se baseiem em questões “de opinião”, “de filosofia” (DINIZ et.al., 2015) e se encontrem na perpetuação de ideais e mitos. Estão descolados da prática em si, embora pratiquem, inclusive nos corpos femininos. Distantes das observações, do que lhes vêm ao encontro enquanto clínicos que se debruçam na beira de um leito, deixam escapar as evidências, fazendo com que nenhum cuidado se torne possível.

Pessoas têm origem e histórias e estabelecem, consigo e com os outros, relações diferentes. A incidência dessas idealizações se torna prejudicial, uma vez que, tentam encaixar essas mulheres em lugar específico as alienando de sua própria história e corpo. No âmbito do discurso médico não faltam protocolos nos quais elas devem caber...

A violência que vem, através da apropriação do corpo e discurso sobre a mulher, no seu silenciamento, na sua exclusão da cena a qual deveria ser a protagonista, promove, por parte

desta, a “aceitação” daquele conhecimento que em sua pele é marcado. As práticas tornam-se violentas, inclusive porque as mantêm como objetos do discurso científico.

Salgado et. al. (2013), em pesquisa, pretendendo analisar a experiência e os sentimentos de mulheres que relatam ter vivido uma cesárea indesejada, com abordagem orientada pela perspectiva das relações sociais de gênero, fizeram possível observar como as interações à saúde materna são marcadas por fortes relações de poder que orientam a interpretação da fisiologia e da anatomia feminina no parto.

A negligência com aspectos emocionais e relacionais do cuidado no pós-parto imediato é tido como uma constante nos relatos e não tarda para aparecer relatos de procedimentos que limitem ainda mais a participação das mulheres nesse momento do parto – sedação e ter os membros amarrados são procedimentos que aparecem como experiência na fala da entrevistada com uma frequência considerável. Esses fatores evidenciam a preferência dos profissionais responsáveis pelo lugar de passividade e alienação dessa mulher. Os “especialistas em mulheres” não colocam como essencial a escuta do que a mulher tematiza de si, dos cuidados com o seu próprio corpo. Seu corpo é lido falho e seu tempo incompatível com a lógica hospitalar.

O que se vê hoje é o parto como um evento médico, um “procedimento” hospitalar, um ato médico-hospitalar, que passou de um evento centrado na mulher para um centrado no médico, o “homem da ciência”, e sua *expertise*. O cuidado, porém, só se torna possível a partir de uma prática em saúde que não seja marcada pela docilização, normalização, controle e disciplina. Ele se dá na relação (MOL, 2008).

O discurso hegemônico, como um *a priori*, não tem lugar nas práticas de cuidado, pois, para cuidar, tornar-se imprescindível a disponibilidade para aquilo que vem. Cuidar é poder estar com as mulheres em ações, pois a “arte do cuidado é mesmo agir sem procurar controlar. Persistir enquanto deixar ir” (MOL, 2008, p. 28, tradução nossa).

Apesar de um movimento atual frente à detecção de práticas violentas, que podem ser analisados nas políticas públicas de humanização do parto e campanhas de combate a uma série de violências ligadas a questão do gênero, essas práticas ainda se mostram de difícil constatação no dia a dia, uma vez que traduzem certo olhar validado socialmente sobre a mulher.

Essa constante validação do lugar da mulher permite que se tome como “cuidado”, no discurso veiculado por aqueles agentes de saúde responsáveis por sua assistência, a proteção daquilo que seria melhor para essa mulher, mas que de fato mostra-se como a perpetuação de discursos moralistas e higienistas que ajudaram a idear lugares sociais imperiosos para as mulheres, limitando ao seu corpo biológico e papéis sociais desiguais. Tal construção cria,

dissemina e legitima práticas perpetuando eficazmente formas de opressões e violências que atravessam seus corpos.

O que se coloca dessa reflexão não é a condenação das práticas médicas e a rejeição ao novo paradigma em que se apresenta o parto, mas sim a sinalização para o fato de que hegemonia do saber médico científico ainda se sobressai no contexto da maternidade, apagando diferenças, histórias, singularidades. Ou ainda: apagando as mulheres.

### **TENTANDO CONCLUIR...**

Através deste trabalho, percorremos, mesmo que brevemente, a história (hegemônica) da família e da mulher para discutirmos como se estabeleceu a intrínseca e intrincada relação entre a mulher, a medicina, a mãe e o bebê. Destacamos grandes mudanças que se deram a partir do século XVIII, quando do encontro do Estado e a medicina. Imbuídos da premissa de proteção à infância, pudemos constatar o surgimento das chamadas “ciências da mulher” e seus efeitos para a vida das mulheres.

O direcionamento das mulheres para a maternidade pareceu harmonizar o cenário econômico, político e social de determinada época, contribuindo para que diversos discursos incidissem sobre seus corpos, definindo e a tratando como problema médico – medicalização do corpo da mulher. A ciência médica, assumindo então a função de ordenação social, não só atravessou vigorosamente a relação da mãe com seu filho, como também se fragmentou em especialidades como obstetrícia, ginecologia e pediatria.

Contudo, percebemos, na prática, o quanto é problemática a perpetuação da ideia (hegemônica) de maternidade associada à vocação natural/condição natural da mulher. Ao mesmo tempo, o quanto é contraditório, neste contexto naturalista, a ciência ter as respostas para e pelas mulheres. Tentamos chamar atenção para o perigo de uma história única e os seus efeitos sobre a assistência e os cuidados de mulheres em situação de gestação, parto e puerpério.

A maternidade, tal como é circunscrita no cenário das políticas públicas atuais, nos remete à supervalorização da biotecnologia, aos saberes dos especialistas e às técnicas, ao mesmo tempo em que reforçam a aproximação da mulher à natureza. Basta prestar atenção aos títulos dados aos programas ministeriais, a exemplo da Rede Cegonha ou do Manual Bebê-Canguru. Esses programas trazem em seus nomes, uma certa (re)aproximação da mulher à natureza, deslocando-as do lugar de protagonistas da cena para o de coadjuvantes (outrora auxiliares?) nos processos de parir e cuidar.

Além disto, não podemos deixar de apontar para a presença de resquícios históricos na forma de conceber a maternidade e de assistir às mulheres que se atualizam no modo como a

assistência é atualmente prestada: muita violência e muito pouco cuidado em saúde. No entanto, nesse contexto, muito pouco convidativo, precisa poder abrigar mulheres, também mães de bebês, o que nos levou a querer (re)pensar as práticas existentes.

A humanização, supostamente surgida como meio de estabelecer novas formas e valores ao modelo tecnicista, parece ser meramente confundida com a simples oposição à medicalização. Apresenta-se de modo ingênuo, como se práticas humanizadas fossem, necessariamente, não medicalizantes. Por vezes, em nome da dita humanização, descuido – e por que não? – opressões e violências são legitimadas.

Ao nosso ver, é preciso tornar possível trabalhos pró-humanização dos cuidados em saúde. Mas, para isso, precisamos pensar em produção de cuidados e reafirmar nosso compromisso ético e político, inclusive, para com as mulheres, questionando o que fora até então forjado sobre elas. As mulheres, sejam elas mães ou não, sabemos, não cabem nos protocolos médicos. E o único modo de podermos cuidar delas é tecendo uma rede com elas, para elas, junto delas.

Antes de tudo, precisamos nos perguntar de que mulheres estamos falando. Elas, necessariamente, não fazem um conjunto homogêneo. Por isso, insistimos: há de se colocar em discussão os modelos historicamente forjados e sustentar histórias contra hegemônicas e singulares. Há de propiciar lugar de fala para as mulheres, para que elas possam nos ajudar a construir novas versões.

A hegemonia do saber médico científico se sobressai no contexto da maternidade, apagando as mulheres, suas diferenças, suas histórias e suas singularidades. Como fazer para que abram mão do esquadramento e disciplinarização dos corpos, em nome da produção de cuidados? Como transcender essa forma de conceber a assistência, propondo novas e outras formas de cuidados em saúde, com a (re)incorporação das mulheres e de suas histórias?

Estes são os desafios que atualmente nos movem e, a fim de ilustrá-los, terminamos com trechos da fala de Chimamanda Adichie, na Conferência Anual TED Global, 2009, em Oxford.

A consequência da história única é a seguinte: ela rouba a dignidade das pessoas. Dificulta o reconhecimento de nossa igual humanidade. Enfatiza como somos diferentes ao invés de como somos semelhantes. [...]. Histórias importam, muitas histórias importam. As histórias têm sido usadas para expropriar e tornar algo maligno, mas também podem ser usadas para capacitar e humanizar. Histórias podem destruir a dignidade de um povo, mas também reparar a dignidade perdida [...]. Quando rejeitamos a história única, quando percebemos que não há nunca uma única história, reconquistamos o paraíso<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Tradução do trecho é nossa. O vídeo se encontra disponível no YouTube: [https://www.ted.com/talks/chimamanda\\_adichie\\_the\\_danger\\_of\\_a\\_single\\_story?language=pt-br](https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=pt-br).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADICHIE, C. N. **Sejamos todos feministas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.
- CARNEIRO, M. R. S. R. A Maternidade como política – a criação de uma escola para o povo nascer. **Anales del Segundo Congreso latino-americano de Historia Económica**. Mexico, D.F.: Asociación Mexicana de Historia Económica, 2010. Disponível em: [www.economia.unam.mx/cladhe/registro/ponencias/368\\_abstract.pdf](http://www.economia.unam.mx/cladhe/registro/ponencias/368_abstract.pdf). Acessado em: outubro de 2018.
- COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989 – 3ª. ed.
- \_\_\_\_\_. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004 – 5ª. ed.
- DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. v. 25, n.3, p.377-384, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf). Acessado em: setembro de 2018.
- FREIRE, M. M. L. **Mulheres, mãe e médicos: discurso maternalista no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.
- \_\_\_\_\_. A puericultura em revista. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 973-993. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300016>. Acessado em: setembro de 2017.
- MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.
- MOL, A. **The logic of care: health and the problem of the patient choice**. London: Routledge, 2008.
- MOURA, S.M.S.R. de. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 24, n.1, p.44-55, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a06.pdf>. Acessado em: setembro de 2018.
- NUNES, S. A. **O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileiras, 2000.

ROHDEN, F. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

SALGADO, H. de O.; NIV, D.Y.; DINIZ, C. S. G. Meio gogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido. **Journal of Human Growth and Development**. 23(2): p.190-197, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n2/pt\\_11.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n2/pt_11.pdf). Acessado em: agosto de 2018.

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

## **SOBRE OS AUTORES**

**PAULA LAND CURI**. Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia UFF. Supervisora de Estágio Específico Obrigatório, no Hospital Universitário, com ênfase na Saúde da Mulher. Orientadora de PIBIC.

**GIULIA LATGÉ MANGELI DE BRITO**. Graduada pela UFF. Bolsista PIBIC/CNPq/UFF (2016-2017) com a pesquisa classificada entre os 10 melhores projetos de Iniciação Científica da Área de Ciências Humanas pelo Prêmio UFF Vasconcellos Torres de Ciência e Tecnologia. e colocar seus títulos. Psicóloga em residência na Maternidade Escola da UFRJ.

**BEATRIZ MALHEIROS BRITO**. Graduada pela UFF. Bolsista PIBIC/CNPq/UFF (2017-2018) com a pesquisa classificada entre os 10 melhores projetos de Iniciação Científica da Área de Ciências Humanas pelo Prêmio UFF Vasconcellos Torres de Ciência e Tecnologia. Psicóloga clínica, com ênfase saúde da mulher, atualmente participa no Projeto de Extensão "Por que também temos que falar de violência?" como psicóloga voluntária.