Revista VIDERE
v. 13, n. 27
mês/mês, 202X
p. 57 a 77
ISSN: 2177-7837

BIOPOLÍTICA E "PRODUÇÃO DE CESARIANAS" DURANTE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO SUL DO BRASIL

BIOPOLITICS AND "PRODUCTION OF CESARIANS" DURING PRENATAL CARE IN SOUTHERN BRAZIL

BIOPOLÍTICA Y "PRODUCCIÓN DE PARTOS POR CESÁREA" DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL SUR DE BRASIL

Laura Cecília López
Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professora do PPG em Saúde Coletiva e do PPG em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.
lauracl1975@gmail.com
OrcidID: http://orcid.org/0000-0002-2454-063X

Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth
Doutor em Direito Público pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Professor-Coordenador do PPG em Direito da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.
madwermuth@gmail.com
OrcidID: http://orcid.org/0000-0002-7365-5601

Paulo Ricardo Favarin Gomes
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.
paulofavarin@gmail.com
OrcidID: http://orcid.org/0000-0003-4273-4320

Resumo: O artigo tematiza a produção de relações de saber-poder no âmbito da assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) cujo foco é saúde voltada para o pré-natal, localizada em um município do Sul do Brasil. Procura-se analisar, por meio do marco teórico biopolítico (Michel Foucault), como se dá o controle dos corpos das gestantes por meio da imposição de um saber autorizado/autoritário sobre o processo de gestação e parto, por meio da banalização do procedimento das cesáreas. Indaga-se, portanto, sobre como se exercem diferentes formas de controle sobre os corpos femininos no âmbito da assistência pré-natal, buscando evidenciar o caráter biopolítico dessas intervenções e analisando de que modo esses corpos reagem a elas. A partir de um estudo qualitativo, realizado na referida UBS, por meio de entrevistas semiestruturadas com gestantes, analisa-se quais são os dispositivos biopolíticos acionados durante a assistência, e como se dão as subjetivações das gestantes em relação a esses dispositivos.

Palavras-chave: Pré-natal. risco. medicalização. biopolítica. cesárea.

Abstract: The article focuses on the production of knowledge-power relationships within the scope of prenatal care in a Basic Health Unit (UBS) whose focus is health focused on prenatal care, located in a municipality in southern Brazil. It seeks to analyze, through the biopolitical theoretical framework (Michel Foucault), how the control of the bodies of pregnant women occurs through the imposition of authorized / authoritarian knowledge on the process of pregnancy and childbirth, which implies the imposition of power through trivializing the cesarean operation procedure. Therefore, it is asked about how different forms of control are exercised over female bodies in the scope of prenatal care, seeking to highlight the biopolitical character of these interventions and analyzing how these bodies react to them. From a qualitative study, carried out in the referred UBS, through semi-structured interviews with pregnant women, it is analyzed what are the biopolitical devices triggered during the assistance, and how the subjectivations of pregnant women in relation to these devices take place.

Keywords: Prenatal care. risk. medicalization. biopolitics. cesarean operation.

Resumen: El artículo se centra en la producción de relaciones conocimiento-poder en el ámbito de la atención prenatal en una Unidad Básica de Salud (UBS) cuyo enfoque es la salud centrada en la atención prenatal, ubicada en un municipio del sur de Brasil. Se busca analizar, a través del marco teórico biopolítico (Michel Foucault), cómo se produce el control de los cuerpos de la gestante mediante la imposición de conocimientos autorizados/autoritarios sobre el proceso de embarazo y parto, al realizar el procedimiento de cesárea de la mujer. Por tanto, se pregunta sobre cómo se ejercen diferentes formas de control sobre los cuerpos femeninos en el ámbito de la atención prenatal, buscando resaltar el carácter biopolítico de estas intervenciones y analizando cómo estos cuerpos reaccionan ante ellas. A partir de un estudio cualitativo, realizado en la referida UBS, mediante entrevistas semiestructuradas a gestantes, se analiza cuáles son los dispositivos biopolíticos desencadenados durante la asistencia, y cómo se producen las subjetivaciones de las gestantes en relación a estos dispositivos.

Palabras clave: Prenatal. riesgo. medicalización. biopolítica. cesárea.

1 Introdução

Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa realizada com mulheres gestantes em consulta de pré-natal, em um município da região do Vale do Rio dos Sinos, no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A região do Vale do Rio dos Sinos é composta por quatorze municípios: Araricá, Nova Hartz, Ivoti, Nova Santa Rita, Dois Irmãos, Portão, Estância Velha, Campo Bom, Sapiranga, Esteio, Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Novo Hamburgo e Canoas. A região "possui um perfil econômico voltado às atividades industriais, com pouca participação da agropecuária", sendo que "essas atividades possuem bastante diversificação, abrangendo desde os ramos tradicionais, como calçados, alimentos, móveis e metalurgia, até os de média-alta

tecnologia, como veículos automotores e máquinas e equipamentos." (RIO GRANDE DO SUL, 2015). No recenseamento realizado pelo Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a região "possuía uma população de 1.290.491 habitantes [...]. Seus municípios são, predominantemente, urbanos, e a densidade demográfica é de 923 habitantes/km², a maior do Estado." No que se refere aos indicadores sociais, especialmente saúde e educação, a região possui, no contexto estadual, desempenho insatisfatório (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

A pesquisa, realizada em um dos municípios que integram a região caracterizada, objetivou compreender como se exercem diferentes formas de controle sobre os corpos femininos no âmbito das consultas pré-natal, buscando evidenciar o caráter biopolítico dessas intervenções e analisar de que modo esses corpos reagem às intervenções. A pesquisa formou parte de um projeto maior, cujo objetivo era analisar a produção do cuidado na assistência pré-natal prestada pelo Sistema Único de Saúde nesse município, a partir das experiências das gestantes.

A questão que orientou este recorte de pesquisa foi assim formulado: quais são os dispositivos[1] biopolíticos acionados durante a assistência pré-natal para a regulação dos corpos das mulheres gestantes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS[2]) da região do Vale do Rio dos Sinos, no Rio Grande do Sul, Brasil, bem como as subjetivações[3] dessas mulheres em relação a esses dispositivos?

Parte-se da hipótese de que a escuta atenta às vozes das pessoas que residem em zonas periféricas do Sul global[4], que muitas vezes enfrentam situações de marginalização social, é

[1] De acordo com Foucault (1995, p. 244), dispositivo é "um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições,organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos."

[2] A Unidade Básica de Saúde (USB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, é considerada a porta de entrada preferencial para a assistência à saúde, de modo que atua como ponto estratégico para as práticas de promoção, prevenção e continuidade do cuidado aos usuários do SUS, englobando a assistência do pré-parto e pós-parto para as mulheres gestantes.

[3] Essas subjetivações são analisadas a partir de um conceito de poder extraído da filosofia foucaultiana (FOUCAULT, 2016), ou seja, um poder que não se manifesta como uma essência, mas sim como uma prática, de modo que "todo o poder é um efeito de verdade e toda verdade produz efeitos de poder. A imbricação do poder e da verdade repercute nas formas de subjetivação, isto é, o sujeito subjetiva por meio de sua práxis". Nesse sentido, "a questão que se coloca é como determinados tipos de verdades são aceitos 'naturalmente' na sociedade. 'As epistemes, os marcos conceituais específicos de cada época, não são explicadas pela essência, mas por meio de uma subjetividade que é construída.'" (RUIZ, 2013).

[4] Para os efeitos deste estudo, parte-se do conceito de "Sul global" enquanto metáfora do sofrimento humano ocasionado pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado, bem como pela ausência de alternativas diante da atual crise global e da hegemonia continuada dos padrões econômicos, sociais, culturais e políticos que conduziram o mundo a este momento histórico. Nesse sentido, trata-se de um conceito que se apresenta, fundamentalmente, como forma de resistência diante dessas formas de opressão, de modo que "as Epistemologias do Sul são uma proposta de expansão da imaginação política para lá da exaustão intelectual e política do Norte global, traduzida na incapacidade de enfrentar os desafios deste século, que ampliam as possibilidades de repensar

fundamental para a compreensão da complexidade dos processos sociais, políticos e econômicos que permeiam a temática do nascimento e do controle exercido sobre os corpos femininos.

Como objetivo geral da pesquisa, buscou-se averiguar como se dão as regulações sobre os corpos femininos, indagando suas concepções acerca desses temas, de modo a contemplar suas subjetivações a partir das práticas de saúde que envolvem o pré-natal de gestantes de uma UBS regida pelo SUS.

Os objetivos específicos da pesquisa consistiram em: a) entender como operam os processos de medicalização da gravidez; b) compreender como se dá o controle biopolítico dos corpos das gestantes.

O trabalho encontra-se estruturado em duas seções. Na primeira, apresentam-se os aspectos metodológicos da pesquisa; na segunda, apresentam-se os resultados e discussões da pesquisa. Nesta segunda seção, contempla-se, inicialmente, o marco teórico da biopolítica, o qual fundamenta e subsidia a presente pesquisa; a seguir, abordam-se as questões do poder obstétrico na percepção das mulheres entrevistadas em campo, bem como a questão da "produção de cesarianas", a fim de evidenciar o controle biopolítico dos corpos femininos das gestantes atendidas na UBS na qual foi realizada a pesquisa.

2 Aspectos metodológicos

Os dados analisados neste artigo são produto de uma pesquisa qualitativa sobre as experiências de mulheres em relação à assistência pré-natal prestada pelo SUS numa UBS de um município da região do Vale do Rio dos Sinos, no sul do Brasil. Para a produção dos dados foi utilizada a técnica de entrevista. As mulheres entrevistadas residiam em diferentes bairros da cidade e, em muitos casos, buscavam o atendimento nessa Unidade por não se sentirem seguras com o atendimento na UBS do seu território, em decorrência de fatores múltiplos, de caráter estrutural – a exemplo da falta de médico, segurança pública precária nas imediações da UBS – ou pessoal – porque não gostavam do atendimento dos profissionais, por exemplo. A figura do médico que atendia às gestantes na UBS na qual a pesquisa foi realizada também era um fator de atração: as entrevistadas referiram, quase que unanimemente, que realizavam o pré-natal ali porque gostavam muito do "Doutor" que, pela sua experiência, as deixava mais seguras.

o mundo a partir de saberes e práticas do Sul Global e desenham novos mapas onde cabe o que foi excluído por uma história de epistemicídio." (SANTOS; ARAÚJO; BAUMGARTEN, 2016).

As entrevistas foram realizadas durante o ano de 2018. Foram entrevistadas nove gestantes, que foram escolhidas por conveniência: explicava-se a elas os objetivos da pesquisa, questionava-se quem estava interessada em participar e, em caso de aceitação, ocorria a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Das nove mulheres entrevistadas, oito delas eram brancas, apenas uma delas referiu que era definida como parda e relatou não gostar dessas classificações. Todas as entrevistadas eram residentes em bairros distantes da zona central do Município. Quatro das entrevistadas estavam na primeira gestação; outras quatro na segunda gestação; e uma na terceira gestação. A faixa etária variou dos 17 aos 32 anos de idade. Em relação à atividade laboral, as principais declarações foram as seguintes: "do lar" e "autônomas"; o restante das declarações foram individuais (estudante, recepcionista, auxiliar de escritório, auxiliar de limpeza e desempregada).

As entrevistas ocorreram na sala de espera, o que auxiliou na captação das entrevistadas e na disponibilidade de tempo para participar da pesquisa. Registra-se que o fato de se estar no âmbito de uma instituição de saúde limitou, em alguma medida, às respostas mais críticas, até porque o espaço físico da sala de espera não proporcionou um ambiente privativo. As entrevistas ocorreram, portanto, em um espaço compartilhado, de modo que as entrevistadas eram ouvidas pelas pessoas próximas, o que pode ter interferido nas respostas dadas à algumas perguntas.

Os diálogos foram conduzidos por um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas e transcritas, para serem posteriormente analisadas. Foi elaborado um relatório de campo de cada entrevista, aproveitando esse momento como situação de observação. O roteiro da pesquisa contemplou as seguintes perguntas:

Eixo: experiências amplas sobre gravidez e nascimento
1) Me conta da tua gravidez, foi planejada, veio de surpresa? Tu desejavas?
2) Usavas algum método anticoncepcional? Qual? Como tu conheceste?
3) É a primeira gravidez? Tens outros filhos?
4) Como está composta a tua família? Com quem moras?
5) E o pai da criança, mora contigo? Ele está presente na tua gravidez?
6) Na tua família, como são vivenciadas as gestações, a chegada de novos bebês, a criação dos filhos? É um assunto só de mulher ou os homens participam?
7) Que coisas/informações falam na tua família, e outras mulheres próximas a ti, amigas, sobre gravidez, parto, bebês?
8) Como foi a experiência de parto/nascimento de outras mulheres próximas (familiares, amigas)? Conhece outras histórias? Essas mulheres compartilham as suas histórias?
9) O que tu imaginavas da gravidez e o que de fato estás vivenciando?
Eixo: assistência em saúde e pré-natal e cuidados de si

1) Podes me contar como é a tua história em relação à assistência em saúde?
2) Quais são os cuidados com tua saúde de antes (com alguma doença específica, prevenção, exames ginecológicos de rotina, outros cuidados na vida cotidiana) e agora na gravidez? Esses cuidados mudaram com a gravidez?
3) Como são os cuidados com saúde na tua família?
4) Tu frequentavas esta UBS? Já conhecias a equipe?
5) Frequentas algum outro atendimento em saúde?
6) Como está sendo o pré-natal aqui com as profissionais da saúde? (puxar para que a entrevistada explique, para além de dizer se é bom ou não...)
7) Já te atendias com essa equipe de saúde da família?
8) Por que estás fazendo o pré-natal aqui? [perguntar se em outra gravidez se atendeu aqui ou em outra UBS]
9) Qual é a equipe que te atende? 10) Quais exames eles pedem? Onde tu fazes?
11) As profissionais falam contigo sobre tua gravidez além das coisas mais clínicas? Elas te transmitem informações suficientes (te sentes contemplada)? Tu te sentes com liberdade para perguntar o que tiver dúvidas? Sentes que elas te ouvem, te acolhem?
12) E a agente de saúde, passa pela tua casa? Achas que faz diferença?
13) É fácil para ti vir aos atendimentos? Ou interfere com outros horários? Ex. trabalho.
14) Falaram sobre parto? O que imaginas em relação ao parto? 15)Qual será a maternidade? Já conheces?
16) Conversas com outras gestantes na sala de espera? 17) Gostarias de ter grupo de gestantes?
18) Tu sentes algum tipo de discriminação (cor da pele, idade, número de filhos, bairro em que moras, classe social) nos atendimentos em saúde (aqui ou em outros)?
19) Tu te sentes agredida por algum profissional da saúde por estar grávida?

Esta pesquisa é parte de um projeto mais amplo, intitulado "Assistência pré-natal, humanização e micropolíticas: um estudo antropológico sobre as experiências de gestantes no contexto do SUS", coordenado pela pesquisadora Dra. Laura Cecília López, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio do Sinos – UNISINOS –, por meio de parecer favorável, conforme o previsto na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Deste modo, o recorte ora apresentado atende, integralmente, aos aspectos éticos implicados em estudos do gênero. Antes da aplicação do roteiro de entrevista semiestruturado às gestantes que participaram da pesquisa, foi realizada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido com cada participante, de modo que todas as mulheres que concordaram em participar do estudo assinaram o referido termo, que se encontra sob a guarda dos pesquisadores.

Para analisar o material verbal produzido, utilizou-se a análise do discurso como dispositivo, uma vez que ele permite a identificação de múltiplas interpretações, verbais e não verbais, de modo a descentralizar o sujeito, ou seja, permite ter uma "visão" das nuances relativas não somente às questões objetivas, mas às subjetividades das mulheres entrevistadas

(CAREGNATO; MUTTI, 2006). Esta metodologia de análise pareceu adequada aos objetivos perseguidos pela presente pesquisa.

3 Resultados e discussão

3.1 A biopolítica e o controle dos corpos femininos

Adota-se na presente pesquisa um enfoque teórico alicerçado na biopolítica, aqui considerada enquanto chave de compreensão para entender a gestação como fenômeno da vida, o que é feito com base no pensamento de Foucault (2003; 2012), que entende a biopolítica a partir de um duplo movimento: tanto a apreensão da vida pela política quanto o avanço da concepção da vida enquanto resistência à forma pela qual o Estado se encarrega das vidas da população.

De acordo com Revel (2011, p. 30), a análise do poder, em Foucault, se dá em duas direções: em uma primeira direção, observa-se uma verdadeira "física do poder", ou seja, "uma anátomo-política, uma ortopedia social, isto é, um estudo das estratégias e das práticas pelas quais o poder modela cada indivíduo desde a escola até a fábrica". Já na segunda direção, o filósofo se volta para a biopolítica, ou seja, para a "gestão política da vida", a partir da qual "não se trata mais de corrigir e de vigiar os corpos dos indivíduos, mas de gerenciar as 'populações', instituindo verdadeiros programas de administração da saúde, da higiene, etc."

Essa passagem/sobreposição da anátomo-política dos corpos para a biopolítica decorre diretamente do modo como o filósofo francês compreendia a noção de poder: para Foucault (2003), o poder não se localiza em um único ponto, nem se polariza segundo uma única forma de tensão social. O poder é absolutamente relacional e presente em toda a espessura do corpo social. Ele atravessa indistintamente Estado e sociedade civil. Logo, as relações de poder se configuram em uma rede de micropoderes, que não atingem uma configuração definitiva.

De fato, como assevera Revel (2011, p. 120), Foucault não aborda o poder "como uma entidade coerente, unitária e estável, mas como 'relações de poder' que supõem condições históricas de emergência, complexas." Essas relações "implicam múltiplas consequências, inclusive fora do que a análise filosófica identifica tradicionalmente como o campo do poder."

Do mesmo modo, salienta Escobar (1985, p. 210) que, na filosofia foucaultiana, o poder não tem identidade, de modo que não se pode "localizar sua figura em instituições, em 'aparelhos', que sujeitariam os cidadãos a um Estado". Isso decorre do fato de que o poder "não

é uno, sempre idêntico a si mesmo, mas *efeito* de uma multiplicidade de correlações de forças imanentes ao campo em que se exercem, e constitutivas desse campo."

Da mesma forma, o poder também não "não é uma estrutura, isto é, sua forma não é a da lei, da regra, mas a do jogo". Ele se estabelece por meio de lutas, afrontamentos, a partir dos quais é possível identificar transformações, inversões e até mesmo reforços das correlações de forças (ESCOBAR, 1985, p. 210).

Por fim, o poder "não possui uma matriz única (dominante-dominado), a partir da qual surgem ramificações que atravessam todo o tecido social". O que existem, segundo Foucault, "são correlações de forças que encontram umas nas outras apoios, formando sistemas ou cadeias, ou, ao contrário, formando defasagens, contradições" (ESCOBAR, 1985, p. 210).

É justamente nesse sentido que se pode ler o termo "controle" a partir da obra foucaultiana. Como destaca Revel (2011, p. 27-28), o controle social não se dá apenas pela via das instituições – a exemplo do sistema de justiça –, mas por meio de uma série de outros poderes laterais, dentre as quais se situam as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, etc. Essas instituições se articulam em dois momentos: em um primeiro momento, trata-se "de constituir populações nas quais inserir os indivíduos – o controle é basicamente uma economia do poder que gerencia a sociedade em função de modelos normativos globais integrados num aparelho estatal centralizado"; por outro lado, trata-se também de capilarizar o poder, ou seja, "instalar um sistema de individualização que se destine a modelar cada indivíduo e gerenciar sua existência."

Desse modo, o poder e o controle aparecem "como o efeito produzido por um campo de relações de forças", podendo-se afirmar que "a reflexão de Foucault enfatiza essa trama de poderes que se exercem entre os corpos, na forma como os corpos são investidos politicamente" e, a partir desse estreito liame entre corpo e política, é que se pode "entender a importância do papel que a medicina vai passar a exercer, na determinação das formas e das normas pelas quais o corpo humano politizado será constituído." (ESCOBAR, 1985, p. 210).

É precisamente no sexo que Foucault consegue vislumbrar uma espécie de "cruzamento" entre a dimensão disciplinar e a dimensão biopolítica do poder. O dispositivo sexualidade é compreendido como "um dos domínios em que o poder disciplinar e a biopolítica se entrelaçam numa estratégia de controle ao mesmo tempo individualizante e massificador", uma vez que o "acesso ao corpo via dispositivo individualiza o controle e, ao mesmo tempo, torna possível a regulação do conjunto dos vivos". Candiotto (2011, p. 39) afirma que "o biopoder investe no sexo, não somente para disciplinar as condutas individuais, mas principalmente para administrar e regular a vida de todo o corpo social". Isso resulta no

"investimento político das taxas de natalidade e fluxos de doenças que, por sua vez, acabam produzindo efeitos de conjunto sobre a população." (AYUB, 2014, p. 62).

Na filosofia foucaultiana o sexo se configura como "acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie", o que explica a preocupação com a temática da sexualidade no século XIX. Na sexualidade, o dispositivo de soberania e a antiga questão do "sangue" – sobre a qual se articula o dispositivo de aliança – são utilizados para vivificar e sustentar, permitindo a afirmação de que vivemos em uma sociedade do "sexo", na qual "os mecanismos de poder se dirigem ao corpo, à vida, ao que a faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão para ser utilizada". (FOUCAULT, 2012, p. 159-161).

Foucault salienta que "o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo." Segundo o autor, "foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política." (FOUCAULT, 2003, p. 80).

De modo a compreender a visão biopolítica, faz-se necessário atentar para os fenômenos que a constituem e que são distintos entre si. Como exemplo, temos soluções de conflito por meio de instrumentos de guerra e a "violenta radicalização dos conflitos internacionais"; "bombas humanas e vítimas humanas", chegando ao arrevesado de ocorrências distintas e que segue sem limites, como a medicalização do corpo, por meio do avanço indomável da biotecnologia (BAZZICALUPO, 2017, p. 16-17).

Assim, utiliza-se o conceito de biopolítica, a partir de sua gênese na referência de Foucault, de modo a subsidiar a presente pesquisa no que tange à manipulação dos corpos femininos, por meio da ação de dispositivos biopolíticos utilizados na assistência pré-natal, sejam eles implícitos ou explícitos, abordagem que será realizada a partir das duas categorias de análise a seguir apresentadas: a) dispositivo biopolítico e centralidade do médico; b) produção de cesarianas.

3.2 Dispositivos biopolíticos e a centralidade do obstetra

No Brasil, a assistência pré-natal enquanto dispositivo sanitário começou a ser ampliada na década de 1990, acompanhando a consolidação do SUS. Ela encontra respaldo legal na Portaria nº 569/2000 – a qual institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000) – e na Portaria nº 1.459/2011 – que institui a Estratégia "Rede

Cegonha", cuja finalidade consiste no fortalecimento da rede de cuidados, garantindo à mulher "o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez" (BRASIL, 2011).

De acordo com Warmling et al (2018, p. 2), a UBS configura-se, dentro do SUS, "como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, ponto de atenção estratégico para o acompanhamento continuado da gravidez." A UBS na qual foi realizada a presente pesquisa é dedicada quase que integralmente à saúde no pré-natal e está localizada no centro do município. Além disso, por ter dois profissionais médicos e na especialidade de ginecologia, a assistência pré-natal é totalmente centrada nesses dois profissionais que atuam na Unidade. Uma única enfermeira dedicada ao pré-natal trabalha no local. Ela atende as gestantes em um só dia da semana, para conduzir a primeira consulta, com informações gerais sobre os cuidados durante a gravidez e testagem de sífilis e HIV.

As entrevistas foram realizadas nos dias de atendimento dos médicos. Nesses dias, observou-se que as consultas das gestantes duravam aproximadamente dez minutos. Mesmo que os profissionais médicos somente iniciassem os atendimentos por volta das onze horas da manhã, era recomendado às gestantes, por ocasião dos agendamentos das consultas, que elas chegassem à UBS com bastante antecedência, a partir das oito horas, de modo a evitar atrasos. Esse fato gerava bastante desconforto devido ao longo tempo de espera no local. Mesmo assim, como se demonstrará na sequência, as gestantes não reclamavam da longa espera, diante da confiança depositada, principalmente, na atuação de um dos médicos – que aqui será denominado simplesmente "Doutor", como referido pelas entrevistadas –, com carreira que já conta com mais de trinta anos de atividade.

A Entrevistada 1 (branca, 32 anos de idade, primeira gestação, com ensino superior completo) evidenciou esta centralidade do médico na assistência pré-natal, destacando a experiência do profissional que atendia naquela UBS: "o doutor [...] ele é muito experiente, né, ele deixa a gente bem tranquila, ele responde todas as questões [...]." Da mesma forma, a Entrevistada 2 (branca, 20 anos de idade, primeira gestação, com ensino médio incompleto, recepcionista) informou que consultava inicialmente em uma UBS situada no seu bairro, mas acabou migrando para esta Unidade porque a anterior estava momentaneamente sem profissional médico. Ela referiu ter feito um convênio de saúde privado recentemente, mas que teria que dar à luz no sistema público, uma vez que seu marido havia começada a trabalhar depois que ela já estava grávida, de modo que não cumpria com o período de carência exigido pelo convênio para a realização do parto pela rede privada. Esta entrevistada demonstrou sua preferência pelo convênio mas, na impossibilidade de utilizá-lo, salientou que optou por um tipo de atendimento que mais se assemelhava ao idealizado no setor privado, e a figura do

médico que atendia nesta UBS foi indicação de sua tia nesse sentido, devido à experiência do profissional e à sua reconhecida atuação no setor privado.

A possibilidade que se coloca para que essas mulheres, minimamente, "escolham" o profissional que irá acompanhá-las durante o pré-natal é um fator a ser observado. Isso porque, "para a grande maioria das mulheres que usa o SUS, frequentemente é mais difícil escolher os médicos que irão assisti-las, tanto no pré-natal na atenção primária quanto no momento do parto no hospital." (WARMLING et al, 2018, p. 4). Pesquisa realizada em âmbito nacional por Domingues et al (2014) evidenciou que apenas um quarto das mulheres brasileiras havia sido assistida pelo mesmo profissional durante o pré-natal e o parto.

A Entrevistada 3 (branca, 29 anos de idade, segunda gestação, auxiliar de limpeza) referiu que suas dúvidas sobre o pré-natal são sanadas exclusivamente com o médico e, às vezes, em consultas à internet. A partir da sua fala também transparece a centralidade e a experiência do profissional médico com atuação naquela UBS, que na sua leitura apresenta uma simetria com o atendimento dispensado às gestantes no sistema privado. Ela salientou que havia procurado aquela Unidade porque, "na verdade, foi o 'Doutor' que me atendeu no particular da primeira gestação".

Dentro dos limites do presente estudo, pode-se perceber que a busca das gestantes pela figura do médico especialista pode estar relacionada à centralidade que os ginecologistas obstetras têm dentro do arcabouço biomédico. A propósito deste Warmling et al (2018, p. 5) salientam que, "a despeito das fortes recomendações sobre a importância da medicina generalista no acompanhamento ao nascimento, o que se tem verificado é a diminuição constante da participação dos médicos de família nos cuidados obstétricos." Neste contexto, estes profissionais são considerados os mais legitimados ao cuidado e à intervenção no corpo das gestantes.

A centralidade dos profissionais médicos na UBS objeto da presente pesquisa evidencia a condição de controle, pela qual o indivíduo é sujeitado a um saber-poder que se centraliza na figura do "especialista" – aqui representado na figura do médico ginecologista/obstetra – deixando evidente o cariz biopolítico dessa relação: "no sentido foucaltiano, o (bio)poder exercido sobre a existência humana a transforma em objeto (bio)político para a racionalização da vida coletiva, tornando-se a biopolítica unidade analítica de práticas de intervenção, formas de conhecimento e regimes de autoridade." (WARMLING et al, 2018, p. 3). Nesse contexto,

> independentemente de ter sido definida como perspectiva orientadora das políticas públicas brasileiras para a atenção à saúde da mulher, parece que a humanização das práticas não consegue impor-se no confronto cotidiano com a medicina especializada, profundamente incorporada aos princípios do paradigma biomédico tradicional. (WARMLING et al, 2018, p. 5).

As entrevistadas fizeram uma distinção sobre o quanto o médico interagia com elas se o curso da gravidez era tido como "normal" ou se as mulheres apresentavam alguma doença ou algum "risco" (excesso de peso, pressão alta). Nesse último caso, elas referiram que se estabelecia um controle rigoroso, principalmente em relação ao peso. A idade também apareceu como um marcador de "risco". Caso nenhum fator "de risco" fosse observado, as consultas eram curtas e sem muita conversa, e geralmente serviam unicamente para "mostrar os exames".

Dispositivos de controle sobre o corpo grávido foram explicitados na narrativa da Entrevistada 4 (19 anos de idade, primeira gestação, ensino médio, desempregada). Ao ser questionada sobre se sofreu discriminação em algum momento da assistência pré-natal, respondeu afirmativamente: "por eu ser um pouquinho mais gordinha". Em seu relato, ela ainda destacou que:

> eu fui desde pequena gordinha então, daí eu vejo também que tem gente que, tem gurias lá perto de casa que são mais gordinhas que eu e passam pela gravidez tranquilo [...] mudei um pouco [a alimentação], só que é, ai, aquelas vontades de tomar um refrigerante, eu tomo.

Interessante a percepção da Entrevistada 4 sobre seu corpo (sua história e biótipo: "eu fui desde pequena gordinha") e o de outras mulheres grávidas, denotando que o olhar médico pareceu não considerar suas especificidades. Também expressa certos modos de liberdade de lidar com seu corpo e suas vontades, para além do que tenta ser regulado pelos profissionais.

Processo similar fica evidente na fala da Entrevistada 2, já apresentada acima, ao referir que "eu até fui na nutricionista [...], porque eu engravidei acima do peso, entendeu [...] na verdade, a gestação tá super tranquila, eu não engordei na gestação, quase na gestação, eu já estava acima do peso [...]." Em seguida, ela referiu que "por isso que a minha meta, além de comprar uma casa, comprar um carro, era emagrecer, pra poder depois engravidar." Essas relações de poder que modulam a relação entre o médico especialista e a usuária configuram-se, na perspectiva foulcautiana aqui empregada, "como uma espécie de link entre as complexas relações que se instalam na cena do encontro clínico", na medida em que elas "regulam, mas também serão reguladas, operando por meio de procedimentos disciplinares que lhes serão ditados, tais como, por exemplo, os protocolos clínicos." (WAMRLING et al., 2018, p. 6).

Das falas até aqui analisadas, percebe-se, também, que esses dispositivos são disseminados e que vão além da figura do médico. Eles se apresentam como discursos modeladores de subjetividades, o que se revela no relato da Entrevistada 2 na medida em que ela equipara desejos de consumo e de emagrecer para se sentir apta para engravidar. Isso evidencia, nos moldes da filosofia foucaultiana, que

> aquilo que é vigilância, em termos de relações de poder no interior do hospital, se tornará observação científica no discurso do médico, pelo próprio fato de que o médico, por um lado, ocupa uma posição de poder dentro do hospital e, por outro, funciona como alguém que profere e tem o direito de proferir um discurso científico fora do hospital. Aquilo que era classificação, instrução, nos termos da relação de autoridade interior ao hospital, será reconvertido em diagnóstico ou prognóstico, em nosografia na linguagem do médico, que, quando está fora do hospital, funcionará como sujeito de um discurso científico (FOUCAULT, 2015, p. 6).

A solicitação de exames se apresentou como central nas narrativas das mulheres e foi a instância mediadora do contato com o médico. Caso os exames tivessem resultados "normais", não era preciso conversar com as mulheres sobre outros assuntos. Evidencia-se uma prática bastante centrada na perspectiva biomédica, em que os exames são uma peça fundamental para a produção do risco, como balizador do cuidado pré-natal. Essa lógica "interfere no estabelecimento do vínculo com as mulheres gestantes e distancia-se dos princípios que pautam o modelo de atenção à saúde da família (integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado)." (WAMRLING et al., 2018, p. 5).

O fator idade também apareceu relacionado à produção de risco, como pode transparecer na narrativa da Entrevistada 5 (32 anos de idade, segunda gestação, desempregada): "só que agora eu tô com 32 anos, muda, a gente sente uma diferença, até assim, tudo que é relação, até no meu psicológico."

De acordo com pesquisa realizada por Faya Robles (2015, p. 140), a noção de "risco" opera em dois níveis biopolíticos: "vigilância epidemiológica das populações e nível micro de prescrição de comportamentos individuais." A autora salienta que o "risco" surge, nesse contexto, como "categoria reguladora na saúde materno-infantil e da gravidez de mulheres de camadas populares, usuárias do SUS." Nesse sentido, a pesquisadora ressalta que "as técnicas de regulação dos corpos e comportamentos mudam, no âmbito da saúde básica", de modo que "em algumas gestações, a atribuição do risco se traduz por um status, conferido à mulher, enquanto 'mãe de risco': espera-se dela uma série de comportamentos ligados a determinado

papel materno". Ocorre o processo de "assignação[5] do risco e que atua de distintas maneiras, segundo o contexto social, modulada por características como a de ser usuária da rede pública ou do setor privado de saúde, e a de pertencer a segmentos populares, médios ou altos da sociedade." Como resultado, a pesquisa de Faya Robles (2015, p. 141) aponta para o fato de que a assignação do risco conduz "a umas práxis que desliza gradualmente do campo médico para o campo moral e cultural, no qual a categoria risco legitima intervenções em outras esferas da vida de mulheres de camadas populares." A fala da Entrevistada 5, nesse sentido, parece bastante vinculada à ideia de "assignação do risco" desvelada pela pesquisa de Faya Robles (2015), na medida em que sua idade, por si só, foi considerada, pelo profissional médico, um fator de risco a ser considerado.

A Entrevistada 7 (branca, 31 anos de idade, terceira gestação, ensino médio completo, autônoma) ratifica a centralidade do médico no atendimento pré-natal, depositando sobre este profissional e sobre as informações por ele prestadas toda a sua confiança, a ponto de praticamente anular o seu protagonismo no processo gestacional. O poder que é exercido pelo médico obstetra é desnudado na sequência de alguns trechos do diálogo da entrevistada, que inclui a resignação da culpa pela situação vivida, como a cesárea à qual foi submetida, na sua primeira gestação, quando as obstetras referiram que "sua barriga subira" e isso poderia ter acontecida pela sua "má respiração" durante a gestação – o que evidencia, também nesse caso, um processo de assignação do risco:

> olha, eu digo que eu fui muito bem atendida, porque eu dei entrada do sábado pra domingo de madrugada, eu não fiquei, no total, eu não fiquei sete horas lá dentro, assim, porque eles viram que a minha gestação, no início da gravidez a minha barriga era muito baixa e no final da gestação a minha barriga subiu, então as duas obstetras que estavam no domingo disseram que achavam melhor mandar pra cesárea porque eu não ia ter como, não ia ter força pra fazer baixar a barriga e depois pra ter o bebê, então pra não correr o risco de ter que puxar a ferro, puxa o bebê, machuca o bebê e até, podendo correr o risco do nenê vir a óbito, eles me orientaram a ir pra cesárea, foi o que eu fiz, a gente foi pra cesárea, pra evitar... [...] Eu tinha dilatação tudo, só porque a barriga estava muito alta e eu não ia ter como, sabe, mas lá não, tu vai estar cansada, depois tu, tipo, eu podia tentar, era uma opção minha, mas podia correr o risco também... [...] na hora que ela subiu, porque eu não fazia, porque tinha várias gestantes, parece que todas decidiram dar à luz na mesma hora ali, sabe, vinha, as enfermeiras vinham, ficavam prestando atenção, mas elas ficavam mais próximas das meninas que estavam ganhando, então essa questão da respiração, a gente não cuida na hora, até a médica disse que pode ter sido isso que influenciou pra eu não conseguir ganhar de parto normal...

[5] De acordo com Faya Robles (2015, p. 167), "a noção de 'assignação' é [...] utilizada no sentido da 'interpelação' [...], como ato discursivo, mas conjugado com aquele de 'designação' que delimita um lugar social a ser ocupado. Assignação é então o mesmo processo corporal e enunciativo pelo qual há 'convite' para ocupar uma determinada função e posição, no caso uma 'assignação à maternidade'."

Percebe-se com clareza na fala da entrevistada o quanto o poder obstétrico – evidenciado pela centralidade do "Doutor" no contexto da UBS pesquisada – implica a assignação do risco, que passa a ser corporificada de uma possível "gravidez de risco" para uma "maternidade de risco", como reflete Faya Robles (2015, p. 140), no sentido de uma moralidade imposta às mulheres de camadas populares, culpabilizando-as por comportamentos que as coloquem e, principalmente, os seus bebês, em "risco". Nas palavras da referida pesquisadora (2015, p. 155), "a noção de risco pode ir além da gravidez e uma 'gravidez de alto risco' pode tornar-se uma 'maternidade de risco', do ponto de vista relacional. O risco se localiza nas capacidades da mulher em cumprir seu papel materno." Estar acima do peso, ou da idade – como no caso das entrevistadas 4 e 7 – transforma-se, no contexto do atendimento pré-natal a elas dispensado na UBS, em um processo de assignação do risco, decorrente do saber-poder exercido sobre elas pelo médico especialista.

3.3 A "produção de cesarianas"

A partir das entrevistas realizadas, foi possível constatar que a maioria das gestantes tinha como desejo o parto normal. No entanto, por percalços encontrados durante o processo pré-natal, acabavam "optando" pela cesariana. Uma das questões que ganhou destaque nas narrativas foi o processo de decisão pela via de parto, que no caso das entrevistadas era, quase que exclusivamente, uma decisão médica, ou seja, havia um direcionamento a esta modalidade de parto. Nesse sentido, o estudo de Tedesco et al (2004, p. 791) aponta para o fato de que, "em geral, a gestante não participa dessa discussão, sendo, quando muito, informada sobre a decisão médica final."

A Entrevistada 8 (17 anos de idade, primeira gestação, pensionista) utilizava a UBS no centro por não ter uma Unidade de referência em seu bairro. Ela foi entrevistada enquanto aguardava a sua segunda consulta com o médico. Ela referiu, ao ser questionada sobre o tipo de parto desejado: "eu quero ter parto normal... porque é melhor [...] mas eu não sei quem, não sei se eu vou ter normal ou cesárea.... O médico disse que só na hora pra saber". A entrevistada reforça, em sua fala, o fato de que a decisão pelo tipo de parto era "assunto médico", a depender, portanto, de uma decisão do profissional da saúde.

A Entrevistada 7, por sua vez, respondeu ao mesmo questionamento: "quero que seja parto normal, quero ter a experiência dos dois. Depende depois se a gente vai ter dilatação, porque é mais o 'Doutor' que vê". Ao realizar alguns comparativos entre o parto normal e a

cesárea, ela salientou alguns problemas que teve em decorrência da cesariana na sua primeira gestação: "quer dizer que não é a cesárea que faz o mal, sabe, a minha cesárea também infeccionou, mas não foi nem por conta do atendimento, foi da questão de eu tá levantando da cama, diversas vezes pra ir no banheiro." Da sua fala, percebe-se que a entrevistada avoca exclusivamente para si – ao seu comportamento desidioso no pós-operatório – a responsabilidade pelo processo infeccioso que a acometeu, demonstrando preocupação em isentar os profissionais e o procedimento eleito de qualquer possibilidade por má condução do processo assistencial ao qual foi submetida.

Denota-se, através das falas, uma "naturalização da prática intervencionista" sobre os corpos femininos, como ocorre a partir da própria indefinição para o tipo de parto, vetando de imediato a participação das mulheres em seu próprio plano gestacional, evidenciando, no estudo aqui realizado, aquilo que concluem Domingues et al (2014, p. 102) em sua pesquisa de âmbito nacional: "a cesariana como forma de terminar a gravidez, mesmo em situações em que não existe risco materno ou fetal, é mais frequente em mulheres de melhor condição econômica, tendo sido associada ao que seria um bom padrão de atendimento." Na mesma pesquisa, os autores apontam que, a partir dos dados levantados,

> a forma de organização da assistência ao parto afeta a preferência inicial das mulheres e a forma como a via de parto é decidida. Mulheres do setor privado são levadas a decidir por uma cesariana, tendo uma elevada proporção de cesarianas primárias que se tornam indicação de nova cesariana numa gestação futura. Mulheres do setor público mantêm preferência mais baixa pelo parto cesáreo, mas não são apoiadas na sua opção pelo parto vaginal no final da gestação. Em ambos os setores, as gestantes são submetidas a um modelo de atenção que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, sendo a dor do parto o seu grande medo e a principal razão para a preferência por uma cesariana. (DOMINGUES et al, 2014, p. 114).

A Entrevistada 6 salientou que a experiência da primeira gestação deixou alguns "ensinamentos" para ela, como, por exemplo, não esperar demais para procurar ajuda médica no processo de parto: "como eu era mãe de primeira viagem eu não sabia [...]." na gestação atual, ela destaca que o parto cesáreo foi definida pelo médico: "daí o médico falou que noventa por cento é cesariana, daí ele até marcou na minha caderneta: cesariana... Ele já deixou marcado pro pessoal saber." Essa fala evidencia, como salientado no estudo de Tedesco et al (2004, p. 792), que "a aparente 'liberdade de escolha' assegurada à mulher é, na prática, frequentemente ceifada pela manipulação das informações prestadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos do parto."

Essas informações são ratificadas, também, pelo estudo realizado por Fernandes et al (2019, p. 413) no Município de Campinas, Estado de São Paulo:

> embora um percentual significativo das mulheres tenha feito a escolha da via do parto sem discutir com o médico, entende-se que essa não é uma escolha autônoma ou reveladora de protagonismo, uma vez que o estudo investigou se 'foi possível negociar a forma de parto'. Ou seja, essas mulheres podem não ter recebido a atenção necessária para construir sua decisão, apoiadas em informações técnicas do médico e com possibilidade de lhe comunicar seus desejos e anseios pessoais dentro de uma relação de cuidado compartilhado e confiança. Chama, ainda, a atenção o relato de que 39% das decisões foram tomadas exclusivamente pelo médico, o que evidencia a impossibilidade de diálogo sobre a forma de parto.

A Entrevistada 6 salientou que não teve nenhuma complicação de saúde na gestação anterior e tampouco na atual. O fato de ter tido o primeiro filho por parto cirúrgico, segundo ela, foi fator determinante para que o médico definisse o parto da segunda gestação como cesárea. A Entrevistada 1 também deixa transparecer em seu relato o papel do poder obstétrico na "produção" de cesáreas. Ela refere: "então assim, é por decisão minha, eu prefiro cesárea, né, até porque eu tenho cirurgia na coluna, inclusive já fiz consulta com meu médico ortopedista, ele me aconselhou fazer cesárea até pra não fazer tanta força". Em seguida, a entrevistada relata o seu medo relacionado ao parto vaginal: "além disso, tem a questão do medo né, a gente vê assim, pelo SUS, infelizmente, né, eu tenho uma espera muito grande pro bebê nascer naturalmente, [...] então assim, eu fico muito apreensiva em ter que esperar tanto tempo e prejudicar o bebê." Ela salienta que, na consulta daquele dia, ela saberia se conseguiria fazer o seu parto cirúrgico pelo SUS, salientando que já havia conseguido um lado do seu ortopedista – sobre a questão da cirurgia na coluna – a pedido do "Doutor": "eu já consegui o laudo com meu ortopedista, que daí foi o que ele me pediu ["Doutor", que estava realizando o pré-natal], eu teria que ter o laudo de outro médico pra poder, porque eu simplesmente eu querer, pelo SUS, não funciona, né?"

Caracteriza-se, nesse momento, a decisão da via de parto – a produção de uma cesariana em face do contexto de "risco" apresentado pela gestante – pelo profissional médico, que inclusive orienta a paciente sobre "como burlar o sistema", na medida em que informa à gestante a necessidade de atestar com o ortopedista a necessidade de uma cesariana por sua condição de saúde para que ela fosse garantida pelo SUS. Ela deixa claro, no entanto, que o ortopedista salientou que o parto vaginal não afetaria a sua coluna, mas emitiu o laudo diante do desejo por ela expresso de realizar o parto pela via da cesariana: "bem, a verdade é essa,

então até por orientação do meu ortopedista, ele me deixou bem calma em relação se fosse parto normal, né, só que eu não quero arriscar."

Mais uma vez, a assignação do "risco" decorrente do poder obstétrico marca as subjetivações das gestantes. A Entrevistada 6 relata ainda situações de mulheres próximas a ela que sofreram muito na espera pelo nascimento natural: "eu tive uma situação da minha comadre, ela ficou mais de vinte horas aguardando....não deu tempo de fazer o corte e ele era muito grande, não tinha abertura."

No mesmo sentido é a fala da Entrevistada 9 (parda, 25 anos, segunda gestação, com ensino médio completo) quando questionada sobre o tipo de parto escolhido:

> [...] o primeiro eu queria parto normal né, dai, mas não, teve que se uma cesárea de emergência, porque eu fiquei em trabalho de parto de quarta até sexta. Foi traumático, tanto é que eu não queria ter o segundo, né [o que sentira na assistência ao trabalho de parto da primeira gestação] É, agora ele ["Doutor"] já disse que vai te que se uma cesárea, né, eu quero uma cesárea, né, porque eu sei que não vai, não vou conseguir ter outro parto normal, não, quer dize, nem tive, praticamente eu tive os dois, né. Ele [o médico] disse que não pode se induzido de novo o meu parto, porque já foi, né, não teve evolução, no caso né, e ele disse que é muito difícil o segundo ter [...]

O relato da Entrevistada 9 acerca de suas complicações na primeira gestação, como pressão alta e diabetes gestacional são abordados como disfunções que costumam subsidiar a cesariana e encontram respaldo nos manuais de orientação para o tipo de parto, elaborados e fornecidos pelo Ministério da Saúde. No entanto, a entrevistada não demonstrou esse esclarecimento e conhecimento durante a entrevista e os diálogos que se desmembravam.

Nesses casos, o parto cesáreo é construído como a alternativa mais "segura" diante dos "riscos" do parto vaginal. Os riscos decorrentes da cesárea em nenhum momento transpareceram na fala das entrevistadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o aumento do número de partos cirúrgicos no mundo uma verdadeira "epidemia", apontando o Brasil como o líder do *ranking* mundial deste tipo de procedimento. Para a OMS, índices de cesarianas superiores a 15,0% são de difícil justificação sob o prisma médico, o que põe em evidência a cifra 55,6% de partos cesáreo realizados em solo brasileiro no ano de 2013 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). No estudo "Nascer no Brasil", Leal et al (2015) apontam para o fato de que, na rede privada, a taxa de cesarianas alcança o patamar de 88%. O estudo destaca que "não há justificativas clínicas" para tal número preocupante de partos cirúrgicos realizados. Por ano, no Brasil, aproximadamente um milhão de mulheres são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, perdendo, com isso, o protagonismo no parto.

Sobre o tema, cumpre salientar, ainda, a pesquisa realizada pela antropóloga Robbie Davis-Floyd (1994, p. 1125-1140), que analisa os processos contemporâneos de parto e nascimento, a partir de modelos e rituais nessa assistência (particularmente observados nos Estados Unidos), apontando especialmente o lugar hierarquizado da ciência e da tecnologia, e das instituições que as disseminam e controlam. Segundo a autora, o modelo tecnocrático de nascimento se tornou hegemônico no ocidente com a institucionalização do parto nos hospitais ao longo do século XIX e a primeira metade do século XX, correspondente a uma sociedade industrial cada vez mais caracterizada como tecnocrática, na medida em que supervaloriza e se organiza de maneira hierarquizada em torno das suas tecnologias. A tecnocracia refere ao ordenamento ideológico da sociedade industrial moderna, que depende de rituais que transformam a natureza em cultura, através de operar uma separação entre humanidade/natureza; mente/corpo; mãe/filho. Nessa via, o paradigma dominante de nascimento transformou a gravidez e o parto em condições médicas e, portanto, indicados para intervenções e tecnologias médicas.

4 Conclusão

O presente artigo é fruto de uma pesquisa realizada com mulheres gestantes em consulta de pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde, em um município da região do Vale do Rio dos Sinos, no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com o escopo de averiguar quais são os dispositivos biopolíticos acionados durante a assistência pré-natal para a regulação dos corpos das mulheres gestantes e as subjetivações dessas mulheres em relação a esses dispositivos.

A partir da entrevista de nove gestantes, foi possível perceber o quanto a relação saber-poder estabelecida entre elas e o profissional médico é responsável pela produção do que se denominou "poder obstétrico". A partir das entrevistas, ficou bastante nítido o controle/regulação dos corpos das gestantes a partir da assignação de riscos relacionados à gravidez de risco e à maternidade de risco.

Evidenciou-se, outrossim, a centralidade do profissional médico nos processos que dizem respeito à condução do pré-natal, a docilização dos corpos femininos à medicalização de suas gestações e o direcionamento das subjetividades das mulheres à cesariana por meio da decisão do profissional médico, em um processo que retira das gestantes o protagonismo no processo de parto, transformando-as em meras coadjuvantes do processo que foi denominado de "produção de cesáreas".

Referências

AYUB, J. P.. **Introdução à analítica do poder de Michel Foucault.** São Paulo: Intermeios, 2014.

BAZZICALUPO, L.. **Biopolítica:** um mapa conceitual. Tradução: Luisa Rabolini, São Leopoldo: UNISINOS, 2017.

BRASIL. **Portaria 569 de 1 de junho de 2000.** Brasil: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasil: Ministério da Saúde, 2011.

CANDIOTTO, C.. Foucault: Biopoder, biopolítica e Governamentalidade. *In:* NEUTZLING, I.; RUIZ, C M.M. B (Orgs.). **O (des)governo bipolítico da vida humana.** São Leopoldo: Casa Leiria, 2011.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R.. Pesquisa Qualitativa: Análise de discurso VS Análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis-SC, vol. 15, n. 4, p. 679-684, 2015.

DAVIS-FLOYD, R. E.. The Technocratic Body: American childbirth as cultural expression. **Social Science & Medicine**, vol. 38, n. 8, p. 1125-1140, 1994.

DOMINGUES, R. M. S. S.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITHZ, A. O. C.; LEAL, M. C.. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30, p. S101-S116, 2014.

ESCOBAR, A. J. V.. Genealogia e política. In. RIBEIRO, R. J. (org.). **Recordar Foucault:** os textos do Colóquio Foucault. São Paulo: Brasiliense, p. 209- 218, 1985.

FAYA ROBLES, A.. Da gravidez de "risco" às "maternidades de risco". Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 1, p. 139-169, 2015.

FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. de S.; FRANCISCO, P. M. S. B.. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, vol. 43, n. 121, p. 406-416, 2019.

FOUCAULT, M.. O nascimento da medicina social. In. FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder.** 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, p. 79-98, 2003.

FOUCAULT, M.. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. 22. reimpr. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FOUCAULT, M.. **A sociedade punitiva:** curso no Collège de France (1972-1973). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2015.

FOUCAULT, M.. **Subjetividade e verdade.** São Paulo: Martins Fontes, 2016.

FOUCAULT, M.. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995, p. 243-276.

LEAL, M. C. et al. **Nascer no Brasil.** Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/resultados-esperados/>. Acesso em: 8 jul. 2020.

REVEL, J.. **Dicionário Foucault.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Perfil Socioeconômico:** COREDE Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre: Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional; Departamento de Planejamento Governamental, 2015.

RUIZ, C. B.. A verdade, o poder e os modelos de subjetivação em Foucault. **IHU on-line**, 25 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/noticias/524062-a-verdade-o-poder-e-os-modelos-de-subjetivacao-em-foucault>. Acesso em: 11 fev. 2021.

SANTOS, B. de S.; ARAUJO, S.; BAUMGARTEN, M.. As Epistemologias do Sul num mundo fora do mapa. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 43, p. 14-23, 2016.

TEDESCO, R. P.; MAIA FILHO, N. L.; MATHIAS, L. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, vol. 26, n. 10, p. 791-798, 2004.

WARMLING, M. C. et al. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 34, n. 4, p. 1-11, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO statement on Caesarean section rates.** 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 jul. 2020.

Data de recebimento: 03.02.2021

Data de aprovação: 20.07.2021