UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Tese

Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana: uma análise foucaultiana

Ana Paula de Lima Escobal

Pelotas, 2017

Ana Paula de Lima Escobal

Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana: uma análise foucaultiana

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profª Drª Enfª Marilu Correa Soares

Coorientadora: Drª: Ana Paula Muller de Andrade

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

E11d Escobal, Ana Paula de Lima

Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana : uma análise foucaultiana / Ana Paula de Lima Escobal ; Marilu Correa Soares, orientadora. — Pelotas, 2017.

199 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Saúde da mulher. 2. Parto. 3. Cesariana. 4. Michael Foucault. I. Soares, Marilu Correa, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Maria Inez Figueiredo Figas Machado CRB: 10/1612

Ana Paula de Lima Escobal

Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana: uma análise foucaultiana.

Tese aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 18/12/2017

Banca examinadora:

.....
Profa. Dra. Marilu Correa Soares (orientadora)
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

.....
Profa. Dra. Ana Paula Muller de Andrade (coorientadora)
Doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Profa. Dra. Patrícia Haertel Giusti
Doutora em Educação em Ciências pela Universidade Federal do Rio Grande

.....
Profa. Dra. Karen Knopp Carvalho
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

.....
Profa. Dra. Stefanie Griebeler Oliveira
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Profa. Dra. Enfa. Diana Cecagno
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande.
.....
Profa. Dra. Rosani Manfrin Muniz
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo

.....
Profa. Dra. Sonia Maria Konzgen Meincke
Doutora em Enfermagem pela Escola Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Profa. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber
Doutora em Filosofia Ciência e Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina

A Deus que sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida e que tem me conduzido por caminhos sublimes e me guardado como a menina de seus olhos. “Porque dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; a Ele a glória, eternamente. Amém. ” Romanos 11:36

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço ao meu melhor amigo Jesus, que com seu infinito amor me surpreende a cada dia, compartilhando de sua bondade e misericórdia comigo e ensinando-me que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus.

Mãe (em memória), nem todas as palavras que eu pudesse escrever dariam conta de expressar o amor, a gratidão e a falta que fazes. Escrever os agradecimentos desta tese sem poder te olhar e compartilhar contigo, eu diria que é um pouco frustrante. Mas sei, nós sabemos, que em vida vivemos momentos preciosos e únicos, de uma maneira leve e divertida, e são essas as lembranças que me fazem estar de pé, pois não é qualquer filha que pode ser tão amada, protegida e mimada como eu fui. Relembrar tudo o que passamos para que eu pudesse escrever os agradecimentos desta tese, em meio a lágrimas e soluços, me faz perder o fôlego, mas é preciso. É preciso porque quero e faço questão que todos aqueles que um dia tiverem acesso a esse manuscrito saibam que esta conquista foi mais tua do que minha, pois afinal foi uma luta tu te manteres firme em meio a tantas adversidades. Mas tu, mãe, com essa força e garra que eram só tuas, acreditou em mim, sonhou com esse dia mais do que eu, e pagou um preço alto por isso. Resumindo assim parece que foi fácil, mas nós sabemos as dificuldades que passamos. Nunca esquecerei das tuas palavras para o vestibular, o primeiro emprego, a seleção do mestrado, o ingresso do doutorado: “TU VAIS CONSEGUIR, TU ÉS ABENÇOADA!”. Agora, na reta final do doutorado, como sinto falta de ouvir essas palavras, mas ainda bem que a lembrança ninguém, nem o tempo, nem a dor, nem as lágrimas, pode me tirar. Agradeço-te, mãe, mil vezes, por tudo, e, principalmente, por confiar que eu cuidasse de ti e ficasse ao teu lado até o fim. Eu te amo para sempre e tenho certeza que teremos toda uma eternidade pela frente. TE AMO.

Ao meu pai José (em memória), que sempre esteve comigo, apoiando e incentivando para que eu chegasse até aqui. TE AMO.

À minha irmã Renata (mana), que sempre esteve ao meu lado partilhando das alegrias e tristezas e que fez tudo o que esteve ao seu alcance para a realização deste sonho. Obrigada por me fazer acreditar e por me mostrar que as coisas podem ser possíveis.

Às minhas amigas de longa data, Ariane, Raquel, Denise, Thiana, Aline e Andréia, que estiveram sempre ao meu lado durante a caminhada, com muito amor e respeito. Obrigada por sempre estarem por perto, respeitando minhas escolhas, e por terem o melhor abraço quando precisei. Vocês moram no meu coração para sempre!

Às parceiras Denise, Andréia e Graciela por sentarem, de fato, ao me lado e me auxiliarem na elaboração desta tese.

À Graciela (Graci) que chegou em 2016, mas que fez toda a diferença enquanto ser humano, me permitindo viver uma amizade intensa e verdadeira.

Às amigas/colegas que a pós-graduação me concedeu, Ju, Aline, Bianca, Ana Cândida e Camila, pelos agradáveis momentos no decorrer do doutorado. Todo o meu carinho.

Às queridas do NUPECAMF, Greice, Luiza, Evelyn, Ivanete, Bruna, Susana e Priscila, obrigada por todos os momentos compartilhados.

Às acadêmicas de enfermagem, Greice, Cristiane e Evelyn (minhas pupilas), que auxiliaram de maneira cuidadosa na elaboração deste manuscrito.

Às professoras que aceitaram fazer parte da minha banca, Dra. Patrícia Haertel Giusti, Dra. Karen Knopp Carvalho, Dra. Stefanie Griebeler Oliveira, Dra. Diana Cecagno, Dra. Rosani Manfrin Muniz, Dra. Sonia Maria Konzgen Meincke e Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber, pelas valiosas contribuições que enriqueceram este estudo.

À minha orientadora, professora Dra. Marilu Correa Soares, por ter compartilhado do seu conhecimento, experiência, amizade e cumplicidade desde o início da minha trajetória acadêmica. Sou muito grata por teres me permitido e me impulsionado a galgar novas inspirações em relação à pesquisa e à docência, e por estar sempre comigo me encorajando nas minhas escolhas.

À coorientadora, Dra. Ana Paula Müller de Andrade, obrigada por me acolher de modo tão sensível e amoroso. Obrigada pelos cafés, discussões foucaultianas e por sempre ter uma palavra de afeto.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, que compartilharam seus saberes no decorrer destes dois anos e nos lapidaram de maneira primorosa.

Aos obstetras e puérperas que tornaram a realização deste trabalho possível.

Resumo

ESCOBAL, Ana Paula de Lima. **Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana:** uma análise foucaultiana. 2017. 199f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar os discursos que operam nas relações entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana e, especificamente, buscou identificar as condições de possibilidades para emergência da cesariana na atualidade e problematizar os discursos presentes na escolha pela cesariana por gestantes e obstetras. Dados epidemiológicos a nível nacional e mundial evidenciam altos índices de cesariana nas últimas décadas. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a realização da cesariana não ultrapasse a 15%. A literatura científica referenciada nesta pesquisa mostra que a escolha pela cesariana está relacionada aos enunciados presentes na sociedade, tais como, discursos familiares, midiáticos, científicos, dentre outros. Optou-se como referencial teórico o filósofo francês Michael Foucault que compreende o discurso como algo que se estabelece para responder as necessidades de uma determinada época. A pesquisa foi realizada no município de Pelotas-RS e teve como cenários: a clínica ginecológica e obstétrica de um hospital de ensino, consultórios de obstetras que atuam no plantão obstétrico do hospital participante da pesquisa e o domicílio das puérperas. Os participantes do estudo foram 13 obstetras e 13 puérperas que realizaram cesariana no hospital participante do estudo, sendo 07 puérperas pelo Sistema Único de Saúde e 06 puérperas pelo sistema privado. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2017, por meio da entrevista em profundidade e observação simples. Para análise do material empírico foram utilizadas algumas ferramentas propostas por Foucault como: discurso, poder, saber e biopoder. A análise do material empírico permitiu identificar a presença do exercício de três tipos de poder na escolha pela cesariana entre obstetras e gestantes: o poder pastoral, poder disciplinar e o biopoder. A discussão dos dados foi dividida em duas categorias analíticas: A primeira, denominada de condições de possibilidades para a cesariana na modernidade, foi dividida em duas subcategorias a saber: o discurso da cesariana como um efeito da modernidade, na qual foi problematizado que a escolha pela cesariana por gestantes e obstetras está atravessada pelo discurso da modernidade. Percebo que a reconfiguração do hospital, a criação da obstetrícia enquanto ciência e campo de saber da medicina sobre o corpo da mulher e a institucionalização do parto possibilitaram a enunciação da cesariana como procedimento seguro e isento de risco. A segunda categoria, denominada o parto sob a ótica do biopoder, problematiza que o biopoder está presente na escolha da cesariana por obstetras e gestantes, convocando a todos/as, por meio de políticas,

leis e diretrizes, a realizar práticas sobre o corpo grávido como: prescrição de exames, cuidados com a alimentação, exercícios físicos e uma monitorização intensa da população de gestantes para obter uma gestação e parto saudáveis. O estudo permitiu mostrar que existe um regime biopolítico atuante na escolha pela cesariana, que atravessa tanto as gestantes quanto os obstetras e que ambos são subjetivados por esse regime, o que torna a cesariana uma escolha produtiva para obstetras e gestantes.

Palavras-chave: saúde da mulher; parto; cesariana; discurso, Michael Foucault

Abstract

ESCOBAL, Ana Paula de Lima. **Discourses that operate among pregnant women and obstetricians when choosing for C-section:** analysis based on Foucault. 2017. 199p. Thesis (Doctorate in Science) – Postgraduate studies in Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2017.

The following research was aimed to analyze the discourses that operate in the relationships of pregnant women and their obstetricians when choosing C-section, especially identifying the conditions of possibilities for C-section of emergency nowadays. Epidemiologic data, at a national level, evidenced high index of C-section in the last decades. However, the World Health Organization (WHO) recommends that the performance of C-sections do not overate 15%. The scientific literature referenced in this research shows that the option for C-section is related to the present enounces in society, such as: family, media, scientific discourses, and so on. The French Michel Foucault was chosen as theoretical referential, since he comprehends the discourse as something that establishes itself in order to respond to the necessities of a respective epoch. The research was carried out in Pelotas-RS, and has as scenario the gynecological and obstetrician clinic of a teaching hospital, clinics of obstetricians that act on call in the participant' hospitals, and at the women's houses. The participants were 13 obstetricians and 13 puerperal women that carried out C-section in the hospital of study, being 07 puerperal women assisted by the Unique Health System, and 06 by the private health system. Data collection was carried out in the first semester of 2017, through in-depth interview and simple observation. For the empirical data analysis was used some tools proposed by Foucault, such as discourse, power, knowledge and biopower. The analysis of this material allowed identifying the presence of the exercise of three types of power when choosing for C-section among obstetricians and pregnant women: the pastoral power, disciplinary power, and biopower. The discussion of the data was divided into two analytical categories: The first, called the conditions of possibilities for C-section in modernity, was divided into two subcategories, namely: the caesarean discourse as an effect of modernity, in which it was problematized that the choice by C-section by pregnant women and obstetricians is crossed by the discourse of modernity. Ii was possible to realize that the reconfiguration of the hospital, the creation of obstetrics as a science and field of medical knowledge about the body of a woman, and the institutionalization of childbirth made it possible enunciating the C-section as a safe and risk-free procedure. The second category, called birthing from the perspective of biopower, problematizes that biopower is present in the choice of cesarean by obstetricians and pregnant women, inviting everyone, through policies, laws and guidelines, to practice on the pregnant body prescription of exams, feeding care, physical exercises and an intense monitoring of the population of pregnant

women in order to obtain a healthy pregnancy and delivery. The study showed that there is a biopolitical regime that is active in the choice of C-section, which crosses both pregnant women and obstetricians, and that both are subjectivated by this regime, which makes cesarean a productive choice for obstetricians and pregnant women.

Key-words: women's health; laboring; C-section; discourse; Michael Foucault

Resumen

ESCOBAL, Ana Paula de Lima**. Discursos operantes entre mujeres embarazadas y obstetras en la elijación por cesariana:** un análisis con Foucault. 2017. 199f. Tesis (Doctorado en Ciencia) – Programa de Postgrado en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

La presente investigación tuve como objetivo analizar los discursos que operan en las relaciones entre mujeres embarazadas y obstetras en la escoja por cesariana, específicamente se buscó identificar las condiciones de posibilidades de los discursos presentes en las relaciones de saber/poder entre embarazadas y obstetras cuando optan por cesariana, y problematizar los discursos presentes en esta escoja por cesariana por embarazadas y obstetras. Datos epidemiológicos a nivel nacional y mundial evidencian altos índices de cesariana en las últimas décadas. Sin embargo, la Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda que la realización de cesariana no ultrapase 15%. La literatura científica referenciada en esta pesquisa muestra que la escoja por cesariana está relacionada a los enunciados presentes en la sociedad, como discursos familiares, mediáticos, científicos, de entre otros. Se optó como referencial teórico el Francés Michel Foucault, que comprende el discurso como algo que estableciese para responder a las necesidades de una determinada época. La investigación fue llevada a cabo en Pelotas-RS, y tuve como senario la clínica ginecológica y obstétrica de un hospital de enseñanza, consultorios de obstetras que actúan como médico plantado en el hospital de las participantes de la pesquisa, y el domicilio de ellas. Los participantes del estudio fueron 13 obstetras y 13 puérperas que realizaron cesariana en el hospital participante del estudio, siendo 07 por el Sistema Único de Salud, y 06 por el sistema privado. La recolecta de datos fue llevada a cabo en el primer semestre de 2017, por medio de la entrevista en profundidad y observación simples. Para análisis del material empírico fueron utilizadas algunas herramientas propuestas por Foucault como discursos, poder, saber, y biopoder. El análisis del material empírico permitió identificar la presencia del ejercicio de tres tipos de poderes en la escoja por la cesariana entre obstetras y embarazadas: el poder pastoral, poder disciplinar y biopoder. La discusión de los datos fue dividida en dos capítulos: el primer capítulo fue denominado el discurso de la cesariana como un efecto de la modernidad, en el cual fue problematizado que la escoja por cesariana por embarazadas y obstetras está atravesada por el discurso de la modernidad. Evidencio que la reconfiguración del hospital, la creación de la obstetricia mientras ciencia y campo de saber de la medicina sobre el cuerpo de la mujer y la institucionalización del parto posibilitaron la enunciación de la cesariana con procedimiento seguro e exento de riesgo. En el segundo capítulo, el parto viene baja la óptica del biopoder, y problematizo que el biopoder está presente en la escoja de la cesariana por obstetras y embarazadas, convocando a todos por medio de políticas, leyes e directrices a realizar prácticas sobre el cuerpo embarazado como prescripción de exámenes, cuidados con la alimentación, ejercicios físicos y una monitorización intensa de la población de embarazadas para obtener un embarazo y parto saludables. El estudio permitió muestrear que hay un régimen

biopolitico actuante en la elijación por cesariana, que traviesa tanto las embarazadas cuanto los obstetras, y que ambos son subjetivados por este régimen que torna la cesariana una escoja productiva para obstetras y embarazadas.

Palabras clave: salud de la mujer; parto; cesariana; discurso; Michael Foucault

Lista de Figuras

Figura 1 Quadro com a caracterização dos Obstetras..... 62

Figura 2 Quadro com a caracterização das Gestantes..... 75

Lista de Abreviaturas e Siglas

CO	Centro Obstétrico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FURG	Fundação Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-Nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1 Fabricação do objeto..... 17
1.2 Apresentação..... 17
1.3 Introdução..... 24
1.4 Objetivos..... 29
1.4.1 Objetivo Geral..... 29
1.4.2 Objetivos Específicos..... 29
2 Perspectivas Teóricas..... 30
2.1 Referencial teórico de Michel Foucault..... 30
2.1.1 Algumas ferramentas foucaultianas e possíveis relações com a cesariana..... 31
2.2 Histórico da constituição dos discursos acerca do parto nas diferentes épocas..... 37
2.3 Discurso da cesariana e suas implicações na escolha das gestantes..... 45
2.4 Discurso da humanização do parto e nascimento: a quem interessa?..... 51
3 Perspectivas Metodológicas..... 57
3.1 Local do estudo..... 58
3.2 Participantes do estudo..... 59
3.3 Critérios de inclusão e exclusão..... 59
3.3.1 Critérios de Inclusão para as puérperas..... 59
3.3.2 Critérios de exclusão para puérperas..... 60
3.3.3 Critérios de inclusão para os/as obstetras..... 60
3.3.4 Critérios de exclusão para os/as obstetras..... 60
3.4 Princípios éticos..... 60
3.5 Procedimento de coleta de dados..... 61
3.6 Análise dos dados..... 64
4 Apresentação dos participantes do Estudo..... 67
4.1 Caracterização dos/as obstetras..... 68
4.2 Apresentação dos/as obstetras..... 68
4.3 Caracterização das puérperas..... 79
4.4 Apresentação das Puérperas..... 80
5 Condições de possibilidades para cesariana na modernidade..... 91
5.1 O discurso da cesariana: um efeito da modernidade..... 99
5.2 A mulher é dona do seu corpo, mas quem decide a via do parto é o obstetra. A medicina é soberana..... 109
6 O parto sob a ótica do biopoder..... 119
6.1 Possibilidades para a cesariana no SUS e na assistência suplementar. Quem escolhe ou pode escolher?..... 119
6.2 O pastoreio dos corpos grávidos..... 135
6.3 Pré-natal: O corpo arregimentado..... 140

6.4 A regra é parto normal, mas elas pedem cesárea..... 150
6.5 Eu queria parto normal, mas foi cesárea..... 157
7 Algumas Considerações Finais..... 168
Referências..... 171
Apêndices..... 186
Anexos..... 193

1 Fabricação do objeto

1.2 Apresentação

O parto, desde a antiguidade, foi considerado um ato específico das mulheres, e os saberes relacionados à gravidez, parto e puerpério faziam parte do monopólio reservado às parteiras, comadres e conselheiras (CARNEIRO, 2011). Com a institucionalização do parto no século XX, este foi redefinido, passando de um momento privado e feminino para um evento público e masculino, no qual a mulher passa de sujeito da ação a objeto deste processo, culminando na substituição da presença da parteira pela figura do médico (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Embora a gestação e o parto sejam um evento entendido como eminentemente biológico, representam muito mais do que isso, pois são integrantes de um contexto biopsicossocial. Ainda que a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ele é tratado da mesma forma, visto que é um evento cercado de valores culturais, sociais e emocionais (FRANKLIN; BITTAR, 2015).

Lembro-me das rodas de conversas realizadas no quintal da casa de minha avó, onde se reuniam avós, tias, filhas e cunhadas para conversar sobre suas experiências com o parto. Ficava deslumbrada ouvindo os relatos de experiências sobre os partos, com os mais íntimos detalhes. Ouvia minha mãe contando, por diversas vezes, os relatos sobre o meu nascimento e o de minha irmã, com o mesmo entusiasmo e sem deixar de lado nenhuma peculiaridade.

Segundo os relatos de minha mãe, foi minha avó que a ensinou, a reconhecer o início do trabalho de parto, pois como não residiam na mesma cidade talvez minha avó não estivesse presente na ocasião do parto. Então, ensinou na sua simplicidade

e sabedoria, que o trabalho de parto iniciava com dor nas “cadeiras[1]”, lembrando que não era motivo para pânico, e que também não deveria se deslocar neste momento para a maternidade. Pelo contrário, deveria permanecer em casa, caminhar bastante e realizar inúmeras tarefas como: varrer a casa, cozinhar e preparar tudo para que, quando chegasse com o bebê, estivesse tudo organizado para dedicar-se a ele. Segundo minha avó, ao realizar estas tarefas a dilatação aumentaria.

Minha mãe contava que foi exatamente assim que aconteceu. Pelo fato de estar sozinha e longe de minha avó, identificou seu trabalho de parto às 08h00min, colocou em prática todas as orientações passadas por minha avó, e às 14h00min, juntamente com meu pai, deslocou-se para a maternidade. Como era primigesta, carregava consigo todos os mitos, medos e temores em relação ao parto, mas conta que sabia que não demoraria a parir, pois a dor já havia aumentado bastante, desde o início da manhã. Após ser avaliada pela parteira, recebeu a notícia que seria encaminhada logo à sala de parto, pois seu bebê estava pronto para nascer. Minha mãe dizia que nasci às 14h50min, de parto vaginal, ressaltando que foi tudo rápido e tranquilo, pois no momento mais doloroso ela permaneceu em nossa casa.

Sempre fui apaixonada por ouvir relatos sobre as trajetórias de gestação e parto, pois independente da mulher que contava, cada citação era singular, e ao mesmo tempo, encantadora. Outra questão que me despertava curiosidade e chamava minha atenção, eram as diferentes enunciações sobre o processo do parto, que diziam respeito aos momentos históricos em que as mulheres de minha família vivenciaram seus partos. Minha avó pariu seus filhos em casa, na zona rural. Minha mãe adentrou a maternidade praticamente pronta para parir e minhas primas optaram pela cesariana, devido à praticidade, ao planejamento e à ausência das contrações, já que foram cesarianas agendadas. Tais experiências e suas particularidades sempre me fizeram questionar como, em um intervalo de tempo, aproximadamente 50 anos, o modo como as mulheres da minha família produziram seus partos pode ser tão diversificado.

Ao ingressar na Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em 2006, fiquei sabendo que, no quinto semestre teria a

---

[1] Cadeiras, no linguajar comum da região de minha avó diz respeito ao que é nominado pela biomedicina como dor lombar

oportunidade de cursar a disciplina de saúde da mulher. Realmente apreciei muito a disciplina e, logo, iniciei um estágio extracurricular na maternidade do Hospital Escola da UFPel, que me oportunizou acompanhar as gestantes desde o acolhimento até a saída da maternidade. Algumas mulheres chegavam no início do trabalho de parto, outras quando estavam em estágio mais avançado, mas o que me instigava era o tempo que elas permaneciam na sala de pré-parto. A sala de parto me parecia um ambiente pouco acolhedor, com duas camas, mesas na cabeceira de cada uma e um banheiro. As mulheres, dependendo do médico de plantão, permaneciam sozinhas, deitadas, sentindo suas contrações sem saber como agir naquele momento. Ao observar aquelas mulheres, recordava as palavras de minha avó quando falava: “é melhor sentir as dores em casa”.

Ainda na graduação no ano de 2008, fui selecionada para participar da pesquisa Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes, que me permitiu investigar e entrevistar puérperas adolescentes durante um ano. Esta experiência, além de proporcionar um contato com as mulheres durante o processo de parturição, me instigou a questionar algumas práticas que eram realizadas na instituição e, assim, aprofundar meus conhecimentos sobre a humanização do parto.

Motivada pela participação na pesquisa, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso (TCC) com dez puérperas adolescentes, buscando conhecer suas experiências durante a trajetória do nascimento de seus filhos. No estudo realizado, percebi que as adolescentes que se sentiram acolhidas pela equipe e tiveram suas intimidades respeitadas, reconheceram a assistência recebida como ideal e qualificada para os momentos em que permaneceram na maternidade (ESCOBAL, 2010).

No ano de 2011, ingressei no mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL e continuei aprofundando meus estudos na temática de humanização do parto, sob uma perspectiva quantitativa. A pesquisa foi realizada com 414 puérperas adolescentes e teve como objetivo descrever as práticas para humanização do parto preconizadas pela Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, identificadas pelas puérperas adolescentes. Os resultados do estudo possibilitaram reconhecer a realização de algumas práticas desconsideradas pela proposta de humanização do parto e nascimento, mas que ainda eram realizadas nas instituições participantes da pesquisa, tais como: a posição de litotomia, a

realização da tricotomia, episiotomia e o isolamento da gestante de seus familiares (ESCOBAL, 2012).

Após concluir o mestrado em 2012, continuei a questionar-me sobre como ainda pareciam imperar nos centros obstétricos o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina como a realização de “práticas claramente prejudiciais” na condução do parto, haja vista que as evidências científicas comprovam que não apresentam benefícios, tais como episiotomia, manobra de Kristeller e tricotomia (OMS,1996).

Estudos realizados em centros obstétricos Busanello et al. (2011); Santos e Shimo, (2008); Silva et al. (2013); Escobal (2012) comprovam que a imposição de práticas rotineiras e intervencionistas estão presentes na assistência às mulheres puérperas. Tal imposição permite inferir que em algumas situações as mulheres vivenciam o parto de forma passiva, tendo seus desejos e anseios deixados de lado, imperando, neste momento, aspectos estabelecidos e conduzidos de acordo com o modelo biomédico de atenção à saúde.

Paralelamente ao mestrado, trabalhei como enfermeira assistencial no Hospital Universitário São Francisco de Paula. Dentre minhas atribuições na referida instituição fui responsável, por aproximadamente dois anos, pelo setor de internação de pacientes de convênios e particulares. Ressalto este momento da minha vida, enquanto enfermeira e pesquisadora, como impulsionador para buscar respostas às minhas inquietações, pois foi ele que me instigou, durante os plantões noturnos, a refletir sobre o que apresentarei a seguir como questões que fundamentaram a pesquisa desenvolvida para esta tese.

A unidade que trabalhei era responsável pela assistência a pacientes adultos, clínicos, cirúrgicos, crianças, gestantes e puérperas internados no setor pelo sistema privado ou convênios. Devido a minha trajetória acadêmica estar vinculada à saúde da mulher, confesso que tinha uma satisfação especial ao receber uma gestante ou puérpera na unidade. Geralmente, as mulheres chegavam provenientes de suas residências, salas de parto ou centro cirúrgico. Uma situação que me instigava era a forma como a maioria das gestantes adentrava na unidade. Devido ao fato de ser enfermeira do turno da noite, já estava preparada, pois a partir das 06h00min, geralmente, as gestantes que agendavam suas cesáreas começavam a dar entrada no setor juntamente com seus familiares. As mulheres chegavam felizes, lindas, maquiadas, aguardando ansiosas pelo momento do parto. Era notável a organização

financeira dos casais para receber o recém-nascido. A maior parte das mulheres possuía ensino superior, algumas eram profissionais da saúde, como enfermeiras, médicas e fisioterapeutas.

Entretanto, o que me instigava era que todas me entregavam uma prescrição médica na qual estava escrito: cateterismo vesical de demora, acesso venoso periférico e tricotomia. Durante o acolhimento à gestante e a sua família, sempre procurei conversar a fim de acalmá-las, pois às vezes mencionavam temer mais ao cateterismo vesical que ao parto. Eu explicava sobre a possibilidade de não realizar o cateterismo vesical de demora, mas em nenhuma das situações que vivenciei a gestante desistiu do procedimento, alegando que se o médico prescreveu era o melhor. No que tange a realização da tricotomia, as gestantes, na maioria das vezes, já vinham depiladas as que não estavam assim, desculpavam-se dizendo não ter realizado o procedimento previamente por não conseguirem enxergar o períneo. Em relação a cesariana, as gestantes justificavam a escolha, devido ao medo da dor na hora do parto, ao fato do bebê já estar grande demais, a rapidez com que a cesariana acontecia e por orientação do médico, como o tipo de parto mais adequado.

Na perspectiva de Pimentel e Oliveira-Filho (2016), o exercício da maternidade, na atualidade, exige da mulher precisão, organização e um controle de seu tempo. Estes fatores corroboram para que as mulheres aceitem com naturalidade a cesariana, uma vez que o procedimento eletivo e programado traz a ideia de um parto controlado e seguro.

Além disso, parece ter havido uma reconfiguração contemporânea em relação à maternidade, em que, dentre outras questões, algumas mulheres, por diferentes motivos e devido aos novos papéis exercidos na sociedade, entendem que esta necessita ser vivenciada em um determinado momento de suas vidas, considerado certo e programado. Estes e outros fatores apontam para a complexidade da maternidade bem como do modo de gestar e parir, como discutirei neste trabalho.

Após o ingresso no doutorado em 2014, busquei aprofundar meus estudos nas diferentes vertentes epistemológicas, visto que gostaria de realizar um estudo de cunho qualitativo sobre a temática da parturição. Das diferentes vertentes epistemológicas, optei por realizar a pesquisa qualitativa, pois possibilitaria estudar o universo das percepções, crenças, dentre outros fatores advindos de interpretações que as pessoas constroem acerca de suas realidades. Segundo Minayo (2013), a

metodologia qualitativa permite a investigação de grupos particulares e suas relações sociais.

Como referencial teórico escolhi os trabalhos de Michel Foucault, que me instigaram a compreender os discursos presentes nas relações de saber/poder entre obstetras e gestantes. De acordo com Foucault (2013a), o poder não é um bem ou algo que possuímos para uso exclusivo, manipulando e dominando os demais, mas deve ser entendido em sua dimensão relacional, em uma ampla capacidade de correlações de forças desenvolvidas sob a forma de interatividade, de afrontamentos, de potencialidades, de lutas incessantes, modificando, ou mesmo, reforçando um determinado contexto no qual se estabelecem as ações e relações humanas.

Como sugere Foucault (2013a), o poder é responsável pela produção de práticas e interesses, pois longe de impedir o saber, ele o produz. Para o autor, o corpo fisiológico foi apropriado por saberes específicos de vários profissionais que, articulados a diferentes campos do poder, possibilitou a formação de um saber.

Nesta perspectiva, é possível perceber que existem importantes relações de poder entre gestantes e obstetras. O saber médico, considerado superior tanto por gestantes quanto por obstetras, por sua cientificidade, tende a interferir de forma significativa na escolha do parto e nas relações aí envolvidas. Como a decisão pelo cesariana, geralmente, não ocorre por imposição e supõe a liberdade de escolha entre profissionais e gestantes, entendi ser importante considerar qual discurso opera com maior vigor neste momento e esse foi um questionamento presente na pesquisa desenvolvida.

Retomando a história das três gerações de minha família, anteriormente citada, percebo que existem diferentes discursos sobre os tipos de parto. Segundo Foucault (2014a), os discursos são responsáveis pela produção de determinados sujeitos e práticas que ganham maior ou menor visibilidade em contexto sócio históricos e culturais específicos.

Vale esclarecer, desde já, que a presente pesquisa não tem a pretensão de apontar o melhor método ou a decisão mais acertada de parir, mas sim problematizar os discursos e as relações de poder na escolha da cesariana entre obstetras e gestantes.

A tese deste estudo é de que, a escolha da cesariana é atravessada pelo discurso biomédico, efeito da modernidade e marcado pelas características próprias da modernidade.

Para tanto, esta tese está organizada em sete capítulos. No primeiro capítulo denominado, **A fabricação do objeto**, apresento a motivação para construção do estudo, a partir de discursos que me constituíram enquanto mulher, enfermeira e pesquisadora. Na sequência, abordo dados epidemiológicos para contextualizar as taxas de cesariana no mundo e no Brasil e busco problematizar o estabelecimento deste modo de parir na sociedade, com alguns conceitos propostos por Michael Foucault. Apresento a questão que norteia esta tese, o objetivo geral e os específicos.

No segundo capítulo, enuncio as **Perspectivas Teóricas** que dão sustentação para problematizar as "verdades" sobre a cesariana, com a discussão elaborada a partir de quatro eixos: o referencial teórico, no qual apresento o filosofo Michel Foucault e algumas ferramentas teóricas como discurso, saber, poder e verdade, que orientam este estudo, e na sequencia apresento o histórico da constituição dos discursos acerca do parto nas diferentes épocas; o discurso da cesariana e suas implicações na escolha das gestantes e o discurso da humanização do parto e nascimento: a quem interessa?

No terceiro capítulo, denominado **Perspectivas Metodológicas** aponto os caminhos e (des) caminhos que foram possíveis para a produção desta tese, a saber: o local de estudo, os participantes da pesquisa, o material empírico que foi por meio da entrevista em profundidade e observação simples, os princípios éticos. Para a análise dos dados, utilizei ferramentas teóricas investigativas propostas por Foucault, os conceitos de discurso, poder, saber, poder disciplinar, poder pastoral e biopoder.

No quarto capitulo, denominado **Apresentação dos participantes do estudo,** apresento o material empírico, composto pelas entrevistas dos obstetras e puérperas participantes deste estudo.

O quinto capítulo intitulado, **Condições de possibilidades para a cesariana na modernidade,** é composto por um conteúdo textual, no qual problematizo as questões da modernidade que atravessam a obstetrícia e a constituem enquanto campo de saber da medicina bem como as condições de possibilidades para a cesariana enquanto via de parto segura e isenta de riscos. A contextualização

teórica na primeira parte do capítulo tem por objetivo situar o leitor nas análises para, a seguir, trazer excertos de entrevistas de obstetras e puérperas sobre a escolha da cesariana e suas relações com a modernidade.

No sexto capítulo, **O parto sob a ótica do biopoder**, procuro problematizar o quanto as questões que transcendem a escolha ou não pela cesariana, são marcadas por um regime biopolítico.

O sétimo capítulo denominado **Algumas Considerações Finais,** contextualizo que existem outras formas de olhar e colocar em suspenso “algumas verdades” sobre a escolha da cesariana. E aponto as contribuições para área da saúde e enfermagem.

1.3 Introdução

Os altos índices de cesariana no mundo têm ocasionado inúmeras discussões sobre os fatores que cercam a escolha por esta via de parto na atualidade, bem como sobre a forma como se estabeleceu esta modalidade de parir, uma vez que os estudos e pesquisas revelam que a cesariana, quando realizada de forma rotineira, pode ocasionar uma série de complicações à mãe e ao recém-nascido (PÁDUA et al., 2010; OSAVA et al., 2011; NUNES; RAMOS; MESQUITA, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) na Europa a taxa de cesariana oscila entre 20 a 22%, nos Estados Unidos o índice de cesariana é de 32,8% ao ano. Já no Brasil, a OMS aponta o país como líder de cesarianas no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015) No Brasil, desde 2009, a cesariana vem superando o parto vaginal. Em 2015 o percentual de cesarianas no setor público nacional foi de 56% do total de partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Na rede privada este percentual foi de 84,6% (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2016).

É importante ressaltar OMS preconiza que 10 a 15% dos partos realizados sejam por via cirúrgica (WHO, 2015). Como argumentam Leal et al. (2012), esta recomendação parece não provocar inquietação alguma nas gestantes, gestores em saúde pública, obstetras, pediatras e demais profissionais da saúde, já que a adesão pela cesariana parece crescer nos últimos anos.

Considero que os elevados níveis de cesariana no Brasil e no mundo, guardam relação com a modernidade na qual o parto, passa a ser visto como um

bem de consumo, passível de ser consumido e controlado por aqueles que podem adquiri-lo.

Neste sentido Guimarães (2014) traz a tecnociência como responsável pela intervenção corporal contemporânea. Atribuí esse fato a medicina, pois anteriormente tinha como objetivo a função de cuidar e curar de enfermidades, já a medicina contemporânea tem a função de contornar os prováveis sofrimentos. Dito de outra maneira, opera-se no intuito de combater as probabilidades de adoecimento.

Cabe ressaltar que a cesariana é uma das mais antigas cirurgias na história da obstetrícia, sendo realizada desde o século XVIII, e consiste na terminação da gravidez por meio de incisão na parede abdominal (laparotomia) e uterina (histerectomia) para liberar o concepto ali desenvolvido (MARTINS-COSTA et al., 2011).

Nesta linha de pensamento, a cesariana que era realizada somente em situações que colocavam a saúde da mãe e filho em risco, passa a ser utilizada para evitar e contornar temores como a dor do parto, a espera pelos sinais do trabalho de parto, a possibilidade de programar o nascimento (SANTOS; AUGUSTO, 2016). Não se trata simplesmente de dizer que a cesariana é um efeito da modernidade, mas problematizar a forma como se deu aquilo que hoje nos parece de certa forma natural, mas que nem sempre foi e que também é passível de ser modificado.

Sendo assim, considero importante compreender o estabelecimento deste modo de parir na sociedade a partir da emergência dos discursos em relação aos diferentes modos de parir. Segundo Foucault (2014a), o sujeito é produzido a partir de discursos e, portanto, não deve ser entendido somente por seu estatuto de sujeito da razão, do sujeito cognoscente, capaz de autonomia, liberdade e racionalidade, atributos conferidos pelo pensamento moderno.

A perspectiva foucaultiana ocupa-se em interrogar os discursos sobre esse sujeito, fazendo emergir a problemática da subjetividade nos jogos de enunciação, dando visibilidade aos lugares possíveis ao sujeito, no contexto da produção dos saberes. Assim, Foucault (2010a) nos provoca a problematizar o discurso, entendendo que o mesmo obedece a uma ordem, sendo controlado, organizado e redistribuído por certo número de procedimentos. Além disso, o discurso não pode ser proferido por qualquer um e o grau que atinge está vinculado à situação de quem lhe profere).

A partir do conceito de discurso proposto por Foucault, problematizo o discurso da cesariana, não com a intenção de entender aquilo que está oculto nesta prática, ou ainda de buscar sua origem ou profundidade, mas entender suas minúcias, suas rupturas e seus limites em relação aos demais discursos sobre o parto.

Frente a isso, problematizo que o discurso presente entre o/a obstetra e a gestante, está atrelado a uma relação de saber na qual o/a obstetra é detentor de um saber especializado, nesse caso o saber científico. Tal como apontam estudos de Veleda (2015), Rezende (2015) e Pimentel et al. (2014) e mesmo na minha experiência na assistência em enfermagem, em algumas situações as mulheres quando iniciam o pré-natal apresentam a preferência pelo parto vaginal, porém, com o decorrer das consultas acabam modificando sua escolha pela cesariana, aderindo ao discurso proferido pelo obstetra.

A preferência pela cesariana, em primíparas adolescentes, esteve fortemente associada a melhores condições de vida, tais como nível de escolaridade adequado, possuir plano de saúde e ter realizado o parto com o profissional de saúde responsável pelo pré-natal (GAMA et al., 2014).

Deste modo, a escolha pela cesariana é permeada por inúmeros fatores, dentre eles: a experiência familiar, a influência da mídia e os demais meios de comunicação e, sobretudo, a indicação do/a obstetra (CARDOSO; BARBOSA, 2012).

Para Carneiro (2012), esta realidade é reflexo do modelo de atenção vigente no Brasil, no qual o parto ainda é vislumbrado sob o prisma biomédico e tecnológico, a maior parte dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar e a mulher é tratada como paciente e o profissional responsável é o médico.

Leão et al. (2013) compreendem que a medicalização do parto, aliada às crescentes intervenções tecnológicas contribuem para o declínio da capacidade da mulher em lidar com este fenômeno, já que é entendido como um evento imprevisível que traz consigo uma série de peculiaridades.

Sentimentos de dor, medo e sofrimento foram identificados em uma abordagem realizada com primigestas, porém a representação desses sentimentos esteve relacionada ao despreparo e à falta de conhecimento em relação ao tipo de parto, assim como a falta de subsídios para a tomada de decisão (AISSA et al., 2014).

Como aponta a literatura consultada, diferentes aspectos estão relacionados a escolha do tipo de parto e, dessa maneira, apresentam-se como disparadores dos questionamentos sobre a forma como o discurso, que está vinculado a cesariana, vem alcançando altos índices em nível mundial e nacional.

Contudo, é possível encontrar resistências à hegemonia da opção pela cesariana no cenário nacional. Um exemplo é a carta de uma puérpera direcionada a sua obstetra na qual está explícito que mesmo a gestante apresentando conhecimento sobre os benefícios do parto normal e sobre reconhecer o trabalho de parto como importante, o discurso da obstetra direciona o nascimento de sua filha para a realização da cesariana. A carta intitulada “Daí você nasceu minha filha”, apresentada por Regis e Resende (2015) evidencia a reflexão e o descontentamento sobre a falta de participação da mãe no nascimento de sua filha e as complicações da cesariana quando realizada sem indicação. Como se observa no fragmento a seguir:

> Estava tudo absolutamente perfeito comigo e com a minha filha. A minha pressão era ótima, eu me exercitei, a gravidez inteira, ganhei apenas 9 quilos, a posição da bebê estava perfeita, só “ainda um pouco alta”, não havia circular de cordão, eu não tinha edemas, nada! Quando chegamos ao seu consultório, você me recebeu muito bem, pediu para eu tirar a roupa e fez o toque. Constatou então que eu não tinha nenhuma dilatação e, como o neném estava muito alto e eu não tinha nenhuma contração, disse que teria que ser uma cesárea, naquele momento. Eu perguntei se não dava para induzir, e você disse que não tinha jeito e me mandou direto para o hospital. Eu obedeci[2].

A partir deste fragmento, é possível a reflexão que embora, muitas vezes, a mulher tenha desejo pelo parto normal e apresente subsídios para a escolha desta via de parto, o poder enunciado pelo/a obstetra acaba por interferir em sua escolha. De acordo com Foucault (2010b), no interior dos discursos científicos atuam os mecanismos de poder que circulam a todo o momento nas relações.

Estudo realizado por Borem et al. (2015) em uma maternidade de São Paulo evidenciou que entre 2012 e 2014 ocorreram 1449 partos entre SUS e convênios. Destes, 51% foram vaginais, sendo que anteriormente a faixa girava em torno de 26%. A mudança desta realidade, segundo os autores, está relacionada a diversos fatores, dentre eles: o engajamento da sociedade civil, as gestantes e suas famílias,

---

[2] Material empírico retirado do artigo “Daí você nasceu minha filha”: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra.

a comunidade médica e de enfermagem e os gestores, atuando de forma conjunta. A introdução do trabalho multidisciplinar (obstetra, enfermeira obstetra, neonatologista, assistente social e psicólogo) possibilitou o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde, fato que beneficiou diretamente as gestantes e suas famílias (BOREM et al., 2015).

Neste sentido, observo que outros discursos vêm surgindo em relação às formas de parir e têm possibilitado o enfrentamento ao elevado número de cesarianas. Tais discursos parecem redesenhar as formas de cuidado ao parto e apresentam o engajamento de diversos atores sociais que conjugam diferentes saberes e formas de pensar e agir. Frente a isso, penso que ainda que o parto seja vivenciado de diferentes formas na sociedade é necessário considerar que existem motivos que mobilizam as gestantes e os obstetras a escolher a cesariana.

Dentre eles a possibilidade da ausência da dor no momento do parto, a possibilidade de marcar o dia e a hora para o parto porque a grávida está cansada da gravidez, ou porque se quer fazer coincidir o parto com o dia de trabalho do obstetra, ou com a licença paternidade do pai, ou porque já se calculou o mapa astral para aquele dia e àquela hora, em que a conjuntura astrológica era a mais favorável (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; SANTOS, 2016).

São razões que, de acordo com Santos (2016) embora façam parte de uma lógica de consumo, para que se intervenha na gestação e se aumentem consideravelmente os riscos num parto que, eventualmente, poderia acontecer de uma forma natural, necessitam ser considerados, problematizados e discutidos.

Desta forma, lançar o olhar sobre as questões que mobilizam a escolha pela cesariana entre gestantes e obstetras, balizada por estudos pós-estruturalistas e a partir de alguns conceitos propostos por Michel Foucault, traz a possibilidade de não apenas descrever as razões ou motivos que neste momento tem sido a via de parto escolhida pelas mulheres e não outra, mas sim problematizar que existem tramas, relações de poder, de força, de lutas e regimes de verdades sobre esta forma de parir.

Não tenho a pretensão de esgotar as discussões sobre este contexto, mas sim de mostrar que há formas e maneiras de se pensar práticas que são realizadas e são tidas como naturais e que nem sempre foi assim, e que também são passíveis de modificações.

Diante do exposto até então, a questão que orienta este estudo é: quais os discursos que operam as relações entre gestantes e obstetras na escolha da cesariana?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar os discursos que operam nas relações entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar as condições de possibilidades dos discursos presentes nas relações de saber/poder entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana.

Problematizar os discursos presentes na escolha pela cesariana por gestantes e obstetras.

2 Perspectivas Teóricas

Neste capítulo apresento a **construção do objeto de estudo**, abordando inicialmente alguns conceitos do referencial teórico com base em Michel Foucault que orienta este estudo e o histórico da constituição dos discursos acerca do parto nas diferentes épocas; Discurso da cesariana e suas implicações na escolha das gestantes e o Discurso da humanização do parto e nascimento: a quem interessa?

2.1 Referencial Teórico de Michel Foucault

Neste item, apresento o referencial teórico que norteia esta tese e procuro relacionar alguns conceitos de Foucault com a temática a ser investigada. Michel Foucault nasceu em 15 de outubro de 1926 em uma família burguesa católica, de uma cidade provinciana e conservadora e proveniente de uma linhagem de médicos conceituados. Foi um importante filósofo e professor no Collège de France, onde ensinou de 1970, quando assumiu a cadeira de Jean Hyppolite, na cátedra História dos Sistemas de Pensamento, até sua morte, em 25 de junho de 1984. Ao assumir essa cadeira, em sua aula inaugural, Foucault proferiu a famosa “A Ordem do Discurso” (OKSALA, 2011). Voltou-se para os mais diversos campos do saber (da psiquiatria as epistémes, da sexualidade a justiça penal, da estética a política), ressaltando as descontinuidades na história dos saberes e instituições.

Estudiosos da obra Foucaultiana, Veiga-Neto (2003), Revel (2005) Castro (2014), sinalizam a existência de três fases ou eixos temáticos ou domínios, os sistemas de saberes, as modalidades de poder e as relações de cada um consigo mesmo. Em cada um destes domínios, Foucault empregou diferentes abordagens ou perspectivas de trabalho (método): a arqueologia, a genealogia e a ética.

No primeiro eixo das suas investigações denominado de “arqueologia do saber”, Foucault buscou privilegiar os processos históricos de produção dos saberes em cada “estrato ou formação histórica” (OKSALA, 2011). Arqueologia é o nome que Foucault toma emprestado de Nietzsche e usa para designar uma forma de análise

(metodologia em sentido amplo), e que se contrapõe à tradicional História das ideias (considerada linear, horizontal, progressiva, contínua e centrada no pensamento presente). Arqueologia indica um método de escavar verticalmente as camadas descontínuas do passado para entender como os saberes aparecem e se transformam; investigar as condições que possibilitaram o surgimento e a transformação de um saber. Dirige-se ao discurso na qualidade de monumento. É pelas condições de possibilidade (jogo das regras) que Foucault se interessa (CASTRO, 2014).

Ainda a arqueologia procura estabelecer a constituição dos saberes privilegiando as inter-relações discursivas e sua articulação com as instituições, respondendo como os saberes aparecem e se transformam, ou seja, procurando 'explicar o aparecimento de saberes a partir de condições de possibilidades externas aos próprios saberes', situando-os como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica (REVEL, 2005).

A segunda fase da obra de Foucault denomina-se "genealogia do poder", que se ocupa das estratégias ou das relações das práticas do poder que influenciam na formação de determinado tipo de saber em cada formação histórica. Nesta fase, Foucault vai definir uma nova concepção de poder, entendendo-o como algo que não tem uma centralidade, mas sim algo microscópico que funciona de forma difusa em todo o campo social.

Por fim, no terceiro eixo, Foucault vai acrescentar uma indagação a respeito de como nós nos tornamos ou como nos constituímos historicamente como sujeitos e, assim, se concentrou na relação entre poder e governamentalidade e nas práticas de subjetivação na sociedade ocidental. Deste modo, em suas últimas obras passou a falar do cuidado de si, da escrita de si, a reivindicar que a vida deva ser esculpida como uma obra de arte, contrapondo subjetivação à sujeição (OKSALA, 2011).

2.1.1 Algumas ferramentas foucaultianas e possíveis relações com a cesariana

> Antes de contextualizar o conceito de discurso, considera-se necessário apontar que a noção de descontinuidade toma um lugar importante. E a possibilidade de uma história global ser substituída pela busca de uma história geral que tem como tarefa descrever a relação entre diferentes séries, "não somente que séries, mas que 'séries de séries' – ou, em outros termos, que 'quadros' - é possível constituir" (FOUCAULT, 2014a, p.11).

Para explicar a noção de descontinuidade, Foucault retoma os pensamentos de Canguilhem quando aponta que a descontinuidade apresenta íntima relação com

o saber. Como exemplo, traz a história natural e a biologia, mostrando que a relação entre elas não está atrelada a uma superação, onde se aperfeiçoam as formas de conhecimento, eliminando o erro e aproximando-se da verdade. O autor discorre que a biologia não é uma forma melhorada da história natural, mas que respondem a epistemes diferentes, na qual cada época corresponde a uma ordem de aparecimento do discurso (CASTRO, 2014). Nesta perspectiva, o discurso da cesariana não corresponde a uma superação ao parto vaginal, tampouco como um aperfeiçoamento em relação aos demais tipos de parto, no entanto, compreende-se que o discurso da cesariana circula em resposta à emergência de uma época.

A noção de deslocamento surge como contraponto a todas as filosofias da representação, da busca daquilo que foi falado pela primeira vez em algum dado lugar e tempo, da procura alucinada e incansável da origem, da semelhança, da imitação, da fidelidade, da coincidência entre o falado (dito) e o que ele representa ou pode vir a representar a partir de nossas interpretações (FISCHER, 2004).

Para o autor o discurso não está relacionado à palavra, falada ou escrita, na sua condição de ‘representar’ ou ‘significar’ algo, o discurso, em sua condição primordial, é uma luta, uma batalha que tem relação com as condições históricas de emergência e possibilidades (FOUCAULT, 1996; FOUCAULT, 2014a). Além disso, o discurso não apresenta originalidade, ele é controlado, selecionado, organizado e distribuído por determinados procedimentos, ou seja, não é qualquer um e em qualquer lugar que está autorizado a proferir um discurso, seja ele dito, praticado ou escrito. Visto que, o discurso obedece a uma ordem: “a ordem do discurso”.

Em sua obra “Arqueologia do saber”, Foucault se detém na descrição dos acontecimentos discursivos, uma vez que são eles que produzem o objeto sobre o qual falam. O autor aponta que, além de descrever enunciados, é necessário analisar as condições nas quais esta função se exerce, os diferentes domínios que ela supõe e a maneira pela qual se articulam (FOUCAULT, 2014a).

> Para a compreensão da análise do campo discursivo é preciso compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação, de determinar as suas condições de existência, de fixar seus limites de forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados que possa estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação excluem (FOUCAULT, 2014a pag. 34).

De acordo com Foucault (2014a), todo o enunciado pertence a uma formação discursiva, ou seja, a um conjunto de regras históricas cujas condições de exercício da função enunciativa são determinadas.

Na perspectiva de Stassum e Assmann (2010), descobrir como a emergência de discursos e práticas sobrevém nos impulsiona a um desafio para cada objeto. Se existe um conjunto de fatores de sedução, fetiche ou desejo que direciona os sujeitos a buscarem as novas tecnologias, há em contraponto, a necessidade de saber como esses mesmos sujeitos aceitam, resistem ou rejeitam as inovações dos dispositivos sob o discurso do progresso.

Aqui, entendo que é possível traçar um paralelo de que nem todas as mulheres e obstetras vão estar submersos no discurso da cesariana, uma vez que existem gestantes e obstetras que irão se subsidiar de outros discursos, por exemplo, humanização do parto e parto natural para enfrentar o discurso da cesariana.

De acordo com Castro (2014), o pensamento Foucaultiano está voltado para descobrir as maneiras de racionalidade que organizam as formas de dizer e fazer, o modo como falamos e nos comportamos, conosco e com as coisas. O grande questionamento que circunda o pensamento Foucaultiano é a possibilidade, ou seja, de que forma foi possível o que é? Tal possibilidade é sempre histórica, as coisas e os fatos não ocorrem por necessidade, os fatos poderiam ter sido de outro modo e também podem ser de outro modo, marcadas por uma pegada histórica.

Neste contexto, os questionamentos que permeiam esta tese, são de que forma foi possível a circulação do discurso da cesariana na sociedade, pois segundo dados epidemiológicos, que compõem este estudo, essa modalidade de parir é a que mais cresce no Brasil e no mundo. Entretanto, inúmeras evidências científicas, que conformam outro campo discursivo, comprovam as consequências à mãe e ao filho quando a cesariana é realizada sem indicação.

Segundo Fischer (2004), nada em Foucault se resolve pela distinta clareza das coisas ditas e das práticas institucionais, é necessário a problematização, nos distintos campos do saber, do que vivemos no presente; ou ainda, os modos dispersos pelos quais nos tornamos a diferença que hoje somos.

Para Fischer (2004), ao trabalhar com Foucault é necessário assumir, com ele, sua forma de estudar e de investigar, desvencilhar-se de uma história global, adotando a história geral. Para Foucault, a proposta de análise é operar por cortes, cortes transversais, pesquisar as camadas do pensamento, como se essas fossem placas tectônicas sempre passíveis de um dia moverem-se e produzirem

verdadeiros terremotos e maremotos; tratá-las em sua riqueza e multiplicidade, a partir de uma imersão cautelosa, cuidadosa e minuciosa nos materiais empíricos.

Foucault aponta que, durante algum tempo, seus estudos e pesquisas estiveram direcionados a analisar os saberes e o conhecimento sobre determinados temas, como, por exemplo, o que se sabe sobre a loucura, sobre a doença, sobre a vida? Porém, com o passar do tempo, refletiu que o problema que permeava entre todos era o poder (FOUCAULT, 2010b).

Ao ser questionado sobre a relação de poder e discurso, Foucault deixa claro que não tem a intenção de encontrar por traz do discurso algo relacionado ao poder e a sua fonte. A análise Foucaultiana não está direcionada ao problema do sujeito falante, mas, sim, em examinar as diferentes possibilidades, pelas quais o discurso exerce um papel no interior de um sistema estratégico onde o poder está implicado e ao qual o poder funciona, ressaltando que o poder é algo que opera por meio dos discursos (FOUCAULT, 2010b).

O exercício do poder apresenta-se como um conjunto de ações possíveis, sua atuação se dá sobre um campo de possibilidades, direcionado para o comportamento de sujeitos ativos. Ele incita, induz, facilita ou dificulta, limita ou amplia, ele coage ou impede absolutamente, entretanto, é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir (FOUCAULT, 1996).

Pode-se entender que o exercício do poder circula na relação gestante e obstetras, sendo assim, o poder não atua diretamente sobre a gestante, mas sim sob seu comportamento, suas escolhas, no âmbito dos desejos, visto que o exercício do poder só atua em sujeitos livres e ativos.

Para existência de uma relação de poder é necessário a constituição de dois sujeitos, ou seja, existe relação de poder entre pais e filhos, filhos e pais, marido e mulher, mulher e marido, as relações de poder não devem ser vislumbradas sob o prisma da brutalidade. Entretanto, as relações de poder são relações de força, enfrentamento, portanto sempre possíveis de reversibilidades (FOUCAULT, 2010b).

Cabe ressaltar, que o poder não é algo que se possa dar ou impor a alguém, entretanto deve ser analisado como é exercido nas relações. Não existe algo unitário e global chamado poder, mas formas que esse poder pode tomar ao ser exercido; as esferas em que ele penetra; os discursos que ele incentiva e os que ele reprime; as estratégias de que ele se utiliza para se fazer sentir e para criar verdades sobre os

indivíduos que ele penetra; enfim, o “como do poder”, as redes de relações que ele engendra (FOUCAULT, 2013a).

Nessa linha de pensamento, o poder não deve ser vislumbrado somente sob o prisma da repressão ou negação, pois se atuasse somente nesse âmbito não produziria tantos efeitos, o que possibilita que ele seja aceito é o fato de não ser uma força que diz não. Muito pelo contrário, o poder circula, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso, necessita ser entendido como uma rede que atravessa todo o corpo social, muito mais do que uma função negativa de reprimir (FOUCAULT, 2013a).

A operacionalidade de poder não é unidimensional, o poder opera em múltiplos lugares, seja na família, nas instituições, na vida sexual, na exclusão dos homossexuais, nas relações entre homens e mulheres. Todas essas relações mantêm íntima relação com a política (FOUCAULT, 2010b).

Quanto ao conceito de verdade, cada sociedade adota seu regime de verdade, ou seja, sua política geral de verdade, por meio dos discursos que ela abriga e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que possibilitam desvendar os enunciados verdadeiros dos falsos, as técnicas e os procedimentos que são valorizados para obtenção da verdade, o estatuto daqueles que tem o papel de referir o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 1996).

Para Foucault (2010b), a verdade é produzida, e tal produção está atrelada ao poder e seus mecanismos, pois esses mecanismos possibilitam, induzem a produção de verdades e estas apresentam efeitos de poder, tudo isso é uma relação de difícil explicação.

No que tange a constituição do saber, Foucault (2013) propõe o livrar-se do sujeito constituinte e dar lugar a uma análise que possa abarcar o sujeito em seu contexto histórico. Uma vez que é a trama histórica que possibilita a constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto, etc.

Foucault nos convida a entender como o saber médico está atrelado ao nascimento do hospital como lugar de cura. Existe uma ruptura de séries sobre a instituição hospitalar, pois até o século XVIII, o personagem ideal do hospital não era o doente, mas o moribundo, o louco e a prostituta, e sua função era de realizar os últimos cuidados e o último sacramento, ou seja, o hospital era o lugar para adquirir salvação espiritual. A mudança do hospital, como local propício para cura, surge com a finalidade de anular seus efeitos negativos na sociedade, uma vez que a

doença poderia espalhar-se para os demais moradores da cidade (FOUCAULT, 2013c).

Para que o hospital se tornasse um lugar de cura, foi necessário reorganizar sua distribuição espacial e a possibilidade de uma vigilância constante do doente. Por meio de exames, os indivíduos eram julgados, medidos, localizados e utilizados ao máximo, a partir de então o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Essa inversão das relações hierárquicas no hospital manifesta-se no ritual das visitas, na qual o médico vai à frente do leito do paciente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos e enfermeira. (FOUCAULT, 2013c).

O aparecimento da obstetrícia não foi diferente das questões que deram origem ao hospital, mais precisamente no século XIX houve o deslocamento do parto domiciliar para o parto hospitalar. Essa mudança possibilitou condições para a inclusão de rotinas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático e a cesariana. O ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva e de uma vivência no ambiente domiciliar para a mulher e sua família, transformou-se em uma experiência de âmbito hospitalar, em momento privilegiado para o treinamento de estudantes de medicina e obstetrizes. O processo de hospitalização do parto foi fundamental para apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do ensino médico (RODHEN, 2001).

Colaborando com esta perspectiva, Costa et el. (2006) apontam que a medicalização do corpo feminino, a exaltação e hegemonia do médico como o profissional responsável por ordenar e normalizar questões referentes ao corpo feminino não é recente. Foi construída passo a passo e está profundamente entrelaçada com a construção da medicina como área de saber científico.

Na atualidade, a maior parte das mulheres opta pelo parto hospitalar, por ser uma forma entendida como aquela que proporciona mais tranquilidade e segurança à mãe e ao filho. Pode-se entender que esse “lugar”, que hoje é o local considerado por algumas mulheres como ideal para parir, foi criado e sustentado durante muitos anos por inúmeros discursos, ancorados em uma relação de saber/poder. De acordo com Tornquist (2002, p. 491).

> Embora a “mulher moderna” seja vislumbrada como sujeito de suas escolhas, inclusive a maternidade, ela novamente se vê diante de prescrições ditadas por saberes científicos, que a farão escolher o que é melhor para o bebê, e de uma celebração do parto ideal, este não raro e

> muito distante do campo de escolha e de possibilidade de boa parte das mulheres que dão à luz.

Sobre a definição de sujeito, Foucault (1996) refere que o sujeito é assujeitado a si quando se apresenta emaranhado por sua identidade ou autoconhecimento e sujeito a alguém por meio do controle e da dependência dos outros.

Sendo assim, pode-se entender que as gestantes são assujeitadas a si, pois são atravessadas por inúmeros discursos quanto aos benefícios dos tipos de parto. Mas também acabam por se assujeitarem frente às orientações e decisões do obstetra, uma vez que este é detentor de um saber cientifico.

2.2 Histórico da constituição dos discursos acerca do parto nas diferentes épocas

Ao realizar uma contextualização acerca de como se deu a institucionalização do parto no Brasil e no mundo tenho a pretensão não de descobrir onde tudo começou ou quem e como se iniciou, mas sim de compreender em que momento ocorreu a ruptura do discurso sobre o parto vaginal e as possibilidades para o aparecimento do discurso da cesariana como método seguro e eficaz e, logo, a emergência do discurso da humanização do parto.

Na perspectiva de Foucault (2010a), o discurso se estabelece para responder a necessidades que se modificaram ou se deslocaram. Para tanto, necessitam ser tratadas como práticas descontínuas, que em algumas situações se atravessam, porém em outras podem vir a ignorar-se ou excluir-se.

Com relação ao processo de parturição, até o século XIX o parto era vislumbrado sob o prisma da feminilidade, visto como um evento que acontecia entre as mulheres. Com o aprimoramento da ciência e das descobertas científicas, o parto passou a fazer parte do campo da medicina e, como tal, para responder as necessidades da época, passou a ser visto como patológico, necessitando de intervenções, exames, técnicas invasivas e estabelecendo a cesariana como a via de parto mais segura à mãe e ao filho (SALIN et al., 2012; VÁSQUEZ, 2014; WEIDLE et al., 2014).

Atualmente, em resposta às crescentes intervenções no processo de parturição, observa-se o aparecimento de um discurso direcionado ao caráter fisiológico e humanístico do parto, entendendo-o não somente como um evento

natural, mas também como uma construção social, na qual a mulher é vista como protagonista principal (PIMENTEL et al., 2014).

Os discursos sobre o parto, analisados a luz dos argumentos de Foucault (1996), não se dão de forma linear no decorrer do tempo, porém se apresentam de forma descontínua, pois em alguns momentos sofrem atravessamentos e em outros podem ignorarem-se ou excluírem-se.

O parto, até o século XVII, acontecia no domicílio da mulher, desvelava-se em um ambiente caloroso no seio familiar, no qual expressava livremente seus sentimentos e anseios. O cenário do domicílio aliado à experiência feminina tornava possível colocar em prática um arsenal de procedimentos técnicos desveladores de valores religiosos, morais e comportamentais entre as mulheres (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007; BARRETO, 2007).

Desde o início da gravidez, as mulheres eram acompanhadas por parteiras que desenvolviam seu trabalho em uma perspectiva cultural, davam conselhos em relação aos hábitos de vida e às modificações da gestação, realizavam manobras como a palpação do abdome gravídico, a fim de identificar a posição fetal. No momento do parto, eram as mulheres que escolhiam a posição anatômica a qual queriam parir e os familiares participavam junto à parturiente deste processo (VIEIRA, 2004).

Ao longo dos anos, os modos de pensar e os discursos que circundam a gravidez e o parto foram alvo de modificações entre as sociedades e nas diferentes culturas, assim como as práticas e os costumes que envolvem a trajetória do nascimento (LEÃO et al., 2013).

A obstetrícia, reconhecida como a ciência especializada nesta prática médica, tem sua origem na Europa em meados de 1750, quando a realização dos partos, pautados na tradição e na experiência da parteira, passou a ser oficialmente convertido em categoria da cirurgia, ou seja, em “ciência do parto” (BARRETO, 2007).

Frente a isso, o parto passou a ser prática dos médicos e a obstetrícia científica tratou de transformar o processo social, cultural, natural e biológico da gravidez e do parto em fenômenos observáveis e passíveis de controle. Os fatores que não conseguiam ser explicados, os médicos acreditavam que, futuramente, seriam compreendidos por meio do progresso da ciência (MARTINS, 2005).

Inicialmente, a prática da obstetrícia sofreu grande resistência por parte das parteiras e, principalmente, das mulheres, pois não aceitavam ser examinadas por homens. Por esta razão, surgiu a importância de um discurso que as convencesse sobre os benefícios da prática obstétrica para a saúde materna e do recém-nascido (BRENES, 1991).

No Brasil, somente no século XX as faculdades de medicina disponibilizaram um espaço adequado ao ensino das clínicas obstétricas e ginecológicas, por meio da construção das maternidades. Até então, a ênfase era dada ao ensino teórico, sendo assim o conhecimento era propagado por meio das produções de conclusões de cursos dos estudantes formados na Europa (SOUZA, 2005).

Embora todo esforço e empenho desenvolvido na Bahia por médicos parteiros, como Barão de Itapuã e Climério de Oliveira desde a segunda metade do século XIX, a figura masculina no processo de parturição ainda era vista com incômodo. Havia resistência da sociedade em permitir que um homem examinasse o corpo de uma mulher. Este fato limitava o crescimento do número de obstetras (BARRETO, 2007).

Em resposta a isso, houve um esforço por parte da corporação médica em construir um discurso no qual o médico inspirasse confiança na população. Porém, isso ainda foi pouco para conseguir conduzir as mulheres à presença do obstetra e ainda convencê-las a expor suas intimidades e dúvidas diante deles (RAGO, 2014).

Cabe ressaltar que, no Brasil colonial, tanto a mulher quanto seu corpo eram vislumbrados por uma perspectiva muito semelhante à da Europa, visto que a colônia herdou muito da cultura cristã européia. Nesta época, havia pouco conhecimento sobre os mistérios do corpo feminino, pois a ciência médica do Brasil também estava impregnada pelo imaginário da dramaturgia feminina. As doenças, o aborto, o parto e a morte, eram compreendidos como defeitos, excessos ou normalidade de suas próprias fisiologias (DEL PRIORI, 1999).

Já no Brasil Império, surgiu o aparecimento de um discurso médico em harmonia com os demais discursos vigentes na época, o qual delegava à mulher uma nova condição, garantindo-lhe um novo papel na sociedade. Esse discurso possibilitava à mulher uma vida social mais intensa, com uma nova configuração dentro do lar e na família, tornando-a um ser mais ativo do que a mulher da sociedade patriarcal do Brasil Colônia (BRENES, 1991).

É importante lembrar que o ponto de apoio do discurso da mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina, sexualidade que foi descrita pelos/as obstetras a fundo com acurada precisão, fazendo da mulher um ser frágil e inconsciente. Frente a isso, somente os médicos seriam capazes de orientá-las, por serem os únicos que as conheciam em profundidade (ROHDEN, 2001).

O aparecimento do discurso proferido na sociedade imperial brasileira, que apontava para a possibilidade uma nova subjetividade das mulheres, demonstra a relação entre os discursos vigentes e as práticas institucionais, como apontado por Fischer (2012). Nessa perspectiva, a mulher, assumiria um novo papel social, imposto por um modelo de “autonomia controlada”, já que na época existiam inúmeros casos críticos de saúde, levando muitas vezes ao óbito materno e neonatal.

Além disso, a importante articulação entre medicina e maternidade foi construída com o argumento de que os saberes do discurso médico eram necessários para disciplinar as práticas femininas tachadas como perigosas e antiquadas. O discurso médico foi, paulatinamente, definindo-se como o saber que respondia de forma absoluta aos questionamentos femininos no que tange ao processo do parto e dos cuidados com os bebês (VÁSQUEZ, 2014).

Ao se instituírem enquanto especialistas da mulher, os obstetras desempenharam um respeitável papel na produção discursiva sobre o assunto, passando a ser reconhecidos por seus pares como autoridades sobre o sexo feminino. E, assim, passaram a ter a possibilidade de acessar, de ver e tocar os corpos por meio da cirurgia ou pelo simples olhar, observando o que nenhum outro homem podia ver (SOUZA, 2005).

Em virtude da observação, da manipulação e da apropriação do corpo da gestante pelos que pertenciam ao círculo dos estudantes da obstetrícia, tornou-se possível o aprimoramento do conhecimento científico, tendo como a máxima o “saber para agir”, possibilitando assim, a construção de um saber padronizado e institucionalizado a respeito do corpo feminino. Para tanto, o saber só poderia ser compartilhado com aqueles que tinham domínio do vocabulário científico e das práticas profissionais, tornando o ato de parir um evento científico e um objeto de estudo (MARTINS, 2005).

Segundo Foucault (2014a), a constituição de saberes acontece por meio de verdades construídas em uma determinada época. Essas épocas configuram-se

como espaços nos quais os saberes são possíveis de constituírem-se em um campo de possibilidades para o aparecimento de discursos. Desse modo, determinam o que pode ser pensado e como ser pensado, o que pode ser dito e como deve ser dito em cada uma dessas épocas.

Uma consequência importante do conhecimento científico da obstetrícia foi a crescente hospitalização e intervenção sobre o corpo feminino por meio da utilização de tecnologias, da medicalização no parto e a cesariana. Além disso, a obstetrícia colaborou para o gerenciamento dos corpos femininos transformando-os em corpos passivos na medida em que os saberes se especializaram e a trajetória do nascimento passou a ser controlada pelo médico e posteriormente pela equipe hospitalar (VIEIRA, 2004).

De acordo com Foucault (2013c), o hospital configura-se em um espaço voltado à disciplinarização dos corpos, uma vez que tem como função assegurar o esquadrinhamento e a vigilância do mundo confuso do doente. Embora os doentes estejam individualizados, eles estão dispostos em um local onde são vigiados constantemente com registros sobre suas atividades. Entende-se que a hospitalização do parto colaborou para que a gravidez e o parto passassem a ser vislumbrados sob o paradigma da doença, fortalecendo o discurso de que a gestante necessita de monitorização contínua, práticas intervencionistas e constante medicalização.

A criação das maternidades no Brasil, na década de 40, contribuiu para a elaboração de medidas intervencionistas de rotina, como a medicalização, a cesariana de rotina e a realização da episiotomia de forma constante. Foi a partir dessa perspectiva que a mulher deixou de ser protagonista do seu próprio parto para ficar aquém do que preconizavam os profissionais e as normas das instituições que a assistiam (SANTOS; MELO; CRUZ; 2015). Acredito que o isolamento da gestante e o distanciamento de práticas humanizadas, no ambiente hospitalar ao longo dos anos, contribuíram para a mulher ser entendida, e entender-se, como coadjuvante do seu próprio processo de trabalho de parto.

Destarte, as frequentes intervenções no parto colaboraram para que as maternidades passassem a ser vistas como locais seguros para o processo de parturição, haja vista que o parto passou a ser percebido como um evento, potencialmente perigoso, necessitando de intervenções cada vez mais frequentes. Por sua vez, a obstetrícia adquiria o domínio de novas técnicas, proporcionando

maiores chances de sobrevivência à mãe e ao filho. A utilização do clorofórmio, que havia sido extinguida na realização da cesariana em mulheres vivas, passou a colaborar com o aprimoramento da técnica, as descobertas sobre patógenos e os seus meios de transmissão tornaram a cesariana a mais seguro (MOTT, 2002).

Neste ínterim, gradativamente os hospitais foram acompanhando o progresso científico e tecnológico, utilizando-se de equipamentos especializados, no sentido de assegurar a cesariana para as situações que oferecessem risco à mãe e ao feto (LURIE, 2005).

No entanto, a incidência da cesariana tem crescido, principalmente, em gestações sem indicações clínicas justificáveis para essa prática, o que tem contribuído para mudanças no cenário obstétrico. Em relação aos parâmetros mundiais, o Brasil é um dos países com maior prevalência de cesarianas, sendo que desde a década de 70 existe uma tendência à supervalorização desta via. Tal fato está relacionado ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas e do suporte médico no pré e pós-parto, que valoriza o procedimento cirúrgico em detrimento das condições fisiológicas de parturição (RIBEIRO et al., 2014).

Segundo Oliva (2010), a sociedade contemporânea tem compreendido a cesariana como outra modalidade de nascimento, subestimando a confiança de uma geração de mulheres que passam a acreditar que não são capazes de promover o nascimento de uma criança de forma natural, ou seja, sem a assistência tecnológica. Neste contexto, o parto normal deixou de se configurar como a melhor maneira de parir e a cesariana ascendeu diante desta situação, como parto rápido, indolor e seguro.

À medida que as práticas foram sendo modificadas, as mulheres perderam espaço e autonomia nas escolhas quanto à via de parto, a preferência do local onde parir e, principalmente, o controle sobre o próprio corpo no momento do nascimento, já que a maior parte das práticas desenvolvidas dentro de um modelo hospitalar são padronizadas e prescritivas (SALIN et al.; 2012).

O estudo de Leister (2011), realizado com mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980, revelou que as mulheres que pariram na primeira geração, apesar de terem tido seus partos no domicílio, compreenderam a institucionalização do parto como um ganho para a sociedade. As mulheres valorizaram a segurança e a tecnologia presente no parto hospitalar de suas filhas e noras. Na percepção

dessas mulheres, o hospital e suas práticas colaboraram para a modernização na atenção ao parto.

No que concerne ao ciclo gravídico, observa-se que as orientações e condutas, assim como as ações realizadas no pré-natal, acabam por responsabilizar a gestante de garantir o seu bem-estar e a saúde do bebê. Essas práticas, por sua vez, apresentam-se como regras a serem seguidas e, para tanto, aquelas que não aderem ao estilo de gravidez saudável colocam a saúde materna e da criança em risco.

Corroborando com o apontado acima, a análise dos discursos presentes nas publicações da revista Pais & Filhos, de 1978 a 2004, revelou que os cuidados com o corpo durante a gravidez, instituídos pela sociedade contemporânea, configuram-se como práticas normalizadoras e reguladoras na sociedade. Tais práticas fortalecem a premissa de que os indivíduos, neste caso as gestantes, para obterem uma gestação com êxito necessitam realizar, cautelosamente, as orientações fornecidas no pré-natal, como baixo ganho de peso, a realização de exercícios físicos e aceitação da gestação como estado de graça (SCHWENGBER; MEYER, 2011).

De acordo com Canguilhem (2006), o indivíduo se mostra normalizado quando atende à expressão de exigências coletivas, cujo conjunto define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura com aquilo que ele considera como sendo seu bem particular, mesmo que não haja uma tomada de consciência.

Neste sentido, Schwengber (2009) aponta que a busca de adaptação da mulher frente às condutas e orientações como uma necessidade de normalização, a partir das exigências e imposições da equipe de saúde e da sociedade. Essa adaptação pode indicar constantes processos de sujeição, à medida que a gestante torna suas atitudes e comportamentos padronizados, afastando-se de possíveis desacordos e conflitos que podem decorrer frente a suas escolhas e desejos.

Em resposta ao elevado índice de cesarianas, às crescentes intervenções e a normalização das condutas no ciclo gravídico-puerperal foram instituídos pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM no 569, de 1º de junho de/2000, o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo resgatar o processo natural e fisiológico do parto (BRASIL, 2000).

Conforme o PHPN, o, na perspectiva do paradigma humanista a atenção integral centrada na mulher, em suas particularidades, seus direitos e suas vontades, com vistas a substituir o modelo hegemônico focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista. O foco é a mulher atendida por meio de ações que contemplem a multiplicidade de diferenças sociais e culturais da população feminina.

Em 2011 o governo federal implementou a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN e, com isso, apresenta como objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A inserção de enfermeiras obstétricas no contexto da atenção ao parto, tem colaborado para a humanização do parto. O estudo de Possat et al. (2017), mostrou que as práticas realizadas no centro obstétrico por enfermeiras obstetras, estão ancoradas no respeito às escolhas, individualidades e singularidades de cada parturiente.

Nesta perspectiva, a humanização na assistência é descrita como uma atuação respeitosa à fisiologia da mulher, não alterando o processo de parturição com intervenções desnecessárias, mas reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto, oferecendo suporte emocional e psicológico à mulher e aos familiares, criando e fortalecendo laços afetivos da família e da mãe-bebê (DINIZ, 2005; GOMES et al., 2014).

A partir da contextualização sobre os discursos que circulam a respeito do parto, pode-se compreender que os mesmos estão relacionados a práticas institucionais e relações de saber e poder vigentes em uma determinada época. Ainda, compreende-se que por meio dos discursos, assim como por quem eles são proferidos, podem ser estabelecidas verdades.

Por verdade, Foucault (2014a) refere ser o estabelecimento de uma ordem, um jeito de ser e de pensar em determinado momento histórico, cujos saberes emergidos e manifestos em forma de discursos são tomados como verdadeiros.

Entendo, que os discursos sobre o parto necessitam ser problematizados a partir das diferentes realidades históricas, sociais e culturais das mulheres e dos obstetras, pois, quando vislumbrados sob esse prisma, indicam elementos

constituintes importantes das relações de poder presentes no momento da escolha do parto.

2.3 Discurso da cesariana e suas implicações na escolha das gestantes

Nos últimos 50 anos observa-se o aumento do uso de tecnologias, com o intuito de acelerar, intensificar, monitorar e controlar o processo natural do parto. Com isso, a preferência por exames sofisticados, a adoção de práticas intervencionistas e, principalmente, a realização da cesariana passaram a ser bastante valorizados na assistência ao parto (OMS, 1996; DINIZ, 2001; DINIZ; CHACHAM, 2006).

De acordo com Martins-Costa et al. (2011) a indicação correta da cesariana traz vantagens à mãe e ao filho, principalmente, na prevenção de sequelas neonatais e aquelas relacionadas a partos distócicos. Porém, a indicação sem critérios bem definidos envolve riscos adicionais, pois como toda cirurgia, a cesariana não está isenta de complicações anestésicas, acidentes operatórios e problemas relacionados à transfusão de sangue.

O risco de morte materna na cesariana é dez vezes maior quando comparado ao parto normal. Além disso, os riscos para a mulher estão relacionados a hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e morte. No caso dos recém-nascidos, a cesariana pode resultar em problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, mortalidade neonatal, além de aumentar o risco de morbidade respiratória leve e grave à medida que diminui a idade gestacional e aumenta também o risco de internação em Unidade de Terapia Intensiva (BRASIL, 2016; WHO, 2015).

Frente a isso, segundo Netina (2014) a opção pela cesariana deve acontecer somente nos casos em que proporcionar vantagens à mãe e ao recém-nascido. Entre as recomendações para este tipo de parto está o risco de morte para mãe e filho, a presença de desproporção cefalo-pélvica, cesárea prévia recente, placenta prévia oclusiva ou total, situação transversa, morte materna com feto vivo, herpes genital ativo, sofrimento fetal intrauterino, tumores pélvicos.

Desta maneira, a indicação da cesariana deve ser criteriosa, discutida com a gestante e baseada em evidências científicas sólidas, uma vez que está associada a altos índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal, tais como prematuridade iatrogênica, necessidade de transfusão sanguínea, uso de

antibióticos, menor duração de amamentação, maior tempo de permanência hospitalar e alterações à saúde em longo prazo (CUNNINGHAM et al., 2010).

Entretanto, nas duas últimas décadas a cesariana vem sendo realizada rotineiramente sem indicações. No Brasil, no ano de 2016 a proporção de cesarianas chegou a, aproximadamente, 56%, quando o preconizado pela OMS é de que esse índice não ultrapasse 15% (BRASIL 2016; OMS 1996).

A justificativa para que o índice de cesariana não ultrapasse aos 15%, segundo a OMS, está pautada na possibilidade de manter as mulheres e os recém-nascidos sadios, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança da mãe e do filho (WHO, 2015).

No contexto do parto, a decisão sobre o tipo de parto mais adequado para a mulher necessita estar pautada na possibilidade de livre escolha sobre procedimentos e condutas. Por isso a importância de uma relação de confiança entre profissionais e gestantes, cujo diálogo permaneça aberto e o esclarecimento sobre as vantagens e desvantagens de cada uma das alternativas estejam presentes (FREIRE et al., 2011).

Como apontado anteriormente, segundo Foucault (1996), as relações de poder presentes na sociedade só podem ser exercidas sobre sujeitos livres, visto que, o poder não deve ser compreendido como um bem ou algo que se possui para manipular e/ou dominar o outro. Assim, entende-se que na escolha pela via de parto, a mulher é considerada um sujeito livre, pois a partir de suas convicções e dos discursos que a constitui, as mesmas optam pela maneira que julgam mais adequada na condução de seus partos.

Essa escolha parece estar ancorada em experiências adquiridas em partos anteriores, nas enunciações proferidas por familiares, profissionais de saúde, e aqueles presentes nas rodas de conversas entre mulheres. Esses fatores configuram-se como ferramentas que contribuem na decisão sobre a escolha do tipo de parto.

Para Silva, Prates e Campelo (2014), fortalece a premissa de que o parto é uma construção social, influenciada por fatores próprios da gestante, como as experiências anteriores com o parto, sejam elas bem ou malsucedidas. Para as autoras, a influência materna, das amigas, da mídia, dos profissionais de saúde e dos familiares a partir de suas experiências com a gestação, exercia importante papel na decisão do tipo de parto para as gestantes.

Dados do MS apontam que, no ano de 2014, 84,6% dos partos na rede privada foram realizados por cesariana, e de acordo com a fala do ministro da saúde Arthur Chioro: “Nós temos que voltar a estabelecer o parto normal como cultura e como prática no nosso País”, percebe-se uma preocupação do governo com os elevados índices desta via de parto (BRASIL, 2014c).

A cesariana, na atualidade, tem se apresentado como uma referência para escolha entre as mulheres que realizam seu pré-natal na rede privada, pois elas têm a possibilidade de escolha sobre a via de parto que consideram mais adequada (BARBOSA; TOÉ; SIMÕES, 2015). Tal fato reafirma o questionamento: como o discurso em relação a cesariana se estabeleceu para algumas mulheres como a melhor via de parto?

Segundo Castro (2014), o discurso obedece a “ordem do discurso”, própria de um período particular e, para tanto, possui uma função normativa, reguladora e estabelece mecanismos de organização do real por meio da produção de saberes, de estratégias e de práticas.

Nesse sentido, considera-se que o parto não consiste em um evento meramente biológico, trata-se de um evento multidimensional, atravessado por inúmeros fatores relacionados a aspectos socioeconômicos, escolaridade, acessibilidade a serviços de saúde e informação. Além disso, são constituídos por discursos relacionados ao contexto cultural, por meio de crenças, valores, mitos e influência familiar. Para Pereira, Franco e Baldin (2011), a mensagem produzida a partir da mídia, por meio das telenovelas, muitas vezes, contribui para construção ou reforço sobre o medo da dor no parto vaginal e a tranquilidade e ausência da dor na cesariana. Deste modo, os discursos presentes na sociedade em determinada época interferem e, talvez, determinem a afinidade que a gestante terá em relação à escolha pelo parto vaginal ou cesariana (CAMARA; MEDEIROS; BARBOSA, 2000).

A danificação do assoalho pélvico tem sido uma das justificativas das mulheres para a escolha da cesariana. A informação que circula entre as mulheres e alguns obstetras as faz pensarem que o parto vaginal é responsável por deixar os músculos vaginais flácidos, o que, por sua vez, poderá comprometer o atrativo sexual dos companheiros. Concepções errôneas como estas abundam entre as mulheres, por isso a importância da abordagem dessas questões durante o pré-natal (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Frente a isso, observa-se que o período gestacional é o momento ideal para instrumentalizar as mulheres sobre as alterações que vêm acompanhadas da gravidez, as questões que transcendem o momento do parto e ainda os cuidados com o bebê. Desta forma, é importante instrumentalizar a gestante para que possa vivenciar esse momento ativamente, possuindo autonomia e discernimento sobre todas as questões que envolvem esse processo.

O acompanhamento da gestante no pré-natal é disponibilizado por meio de ações que proporcionem a preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais promoverem ações educativas e estreitar o vínculo com as gestantes (SOUZA, 2011).

Neste sentido, para Kleinman (1980), as práticas em saúde estabelecem relações entre seres humanos que vivenciam papéis diferenciados: de um lado, a gestante com todos os mitos e temores relacionados ao parto, e, do outro, profissionais detentores de um saber atravessado por aspectos culturais, sociais e pelo modelo de formação hegemônico.

Um estudo realizado com primíparas adolescentes, acerca dos fatores que influenciaram suas escolhas pela cesariana, mostrou que a escolha por essa via de parto esteve altamente relacionada à assistência recebida no pré-natal, à fonte de pagamento do parto e outros fatores sócio-econômicos, sugerindo que, no Brasil, a cesariana é um bem de consumo (GAMA et al., 2014).

Como exposto, a escolha pela cesariana tem repercutido de forma significante entre as mulheres. Este fato pode ser compreendido à luz de Foucault (2013a), quando compreende que as relações de poder estabelecidas entre profissionais e gestantes não são exercidas por meio de coação, imposição ou limitação. Pelo contrário, se o poder só tivesse função negativa de reprimir, se agisse somente por meio da censura, da exclusão, do impedimento, como um grande superego, seria muito frágil. Se é forte é por que produz efeitos prazerosos no nível do desejo, dos interesses e das conquistas.

De acordo com Pires et al., (2010), na assistência ao pré-natal, parto e puerpério da rede suplementar impera o saber médico, uma vez que, dificilmente, a mulher procura o auxílio de outros profissionais, como enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta ou outras atividades que considerem a perspectiva da integralidade da assistência. Muitas vezes, mesmo que inicialmente a mulher tenha preferência pelo

parto natural, acaba sofrendo influência pelo paradigma da biomedicina, predominando assim a decisão pelo parto cesáreo.

Neste sentido, um estudo realizado com mulheres, em uma maternidade da rede suplementar e particular na Bahia, sobre a escolha da via do parto, revelou que dos 10 partos realizados, 08 foram cesarianas. O depoimento das participantes descortinou que ainda impera a hegemonia do conhecimento e do poder da obstetrícia sobre o corpo e as decisões das gestantes, prevalecendo o saber médico e a unilateralidade sobre as decisões (FREIRE et al., 2011).

Na disciplinização dos corpos, como aponta Foucault (2014b), a troca de informações se dá unilateralmente. Para o autor, na disciplina a vigilância é constante, classificatória e prescritiva, permitindo a distribuição dos indivíduos, utilizando-os ao máximo.

A consequência dessa vigilância, ao longo do tempo, contribuiu para avanços científicos na atenção ao parto, contudo, outro efeito inegável, decorrente dessa história, foi o excesso de intervenções no trabalho de parto, que acaba por destituir a mulher de sua autonomia sobre o próprio corpo (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Para Freire et al. (2011), a consulta de pré-natal na rede suplementar, muitas vezes, contribui para uma relação pautada em ações padronizadas entre o médico e a gestante, uma vez que em algumas situações a mulher tem o desejo de realizar o parto normal e após as consultas de pré-natal acaba por acatar as orientações médicas para a cesariana.

Já um estudo realizado em um hospital-escola no interior paulista mostrou que as mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal optaram pela realização da cesariana. O que suscita mais uma vez o questionamento sobre os reais motivos do elevado número de indicações de cesarianas entre mulheres que foram acompanhadas durante o pré-natal. Em algumas situações, o aumento das taxas de cesarianas está relacionado a um atendimento obstétrico, que supervaloriza ações padronizadas e intervencionistas, com prevalência de procedimentos de alta tecnologia, historicamente incorporados pela assistência hospitalar (TORRES et al, 2011).

É importante ressaltar que, a escolha pela cesariana não está atrelada somente à relação do profissional de saúde, mas é permeada por inúmeras relações na sociedade. Neste sentido, os depoimentos das gestantes do estudo de Bittencourt, Vieira e Almeida (2013) revelaram que a escolha pela via de parto está

diretamente relacionada com a experiência vivida no âmbito familiar. As mulheres que relataram histórico de parto vaginal bem-sucedido na família optaram por esta via de parto. No entanto, as que apresentaram dificuldades, como trabalho de parto longo, exaustão e dor optaram pela cesariana.

Em Taiwan foi realizado um estudo em 2011 com 20 mulheres primíparas, que visou compreender o processo de tomada de decisão na escolha de cesárea eletiva. As mulheres entrevistadas relataram que o parto natural estava ligado a histórias e pensamentos negativos, a partir do valor cultural chinês de piedade filial, que constrói o parto como um esforço que as mães devem suportar e uma crise mortal para sublimar a grandeza das mães. No contraponto, a cesariana esteve relacionada às famosas de filmes e televisão, denominando este método como uma maneira elegante de parto (HUANG et al., 2013).

No Canadá, foram realizadas entrevistas com 17 mulheres primíparas, para compreender histórias e conhecimentos a respeito de cesariana eletiva, sem indicação médica. Os resultados da pesquisa apontaram que a cesariana foi uma escolha com base em informações a partir de fontes da mídia e das experiências de nascimento das mães vinculadas a redes sociais. O estudo apontou que as escolhas para o parto cirúrgico foram motivadas por influências sociais, fisiológicas históricas e práticas (MUNRO; KORNELSEN; HUTTON, 2009).

Um dos motivos presentes nas falas das puérperas de um estudo realizado em Unidades Básicas de Saúde, no Vale do Taquari em 2012, para a escolha da cesariana é o medo do parto normal. No entanto, quando questionadas se haviam recebido alguma informação sobre os benefícios do parto normal por algum profissional da saúde, as mulheres negaram. A desinformação sobre o parto normal é um fator que contribui significativamente para o aumento da disseminação sobre os mitos em relação ao parto vaginal, assim como ideias de que a cesariana é isenta de riscos à mãe e ao bebê (WEIDLE et al., 2014).

A partir dos estudos apresentados até então, pode-se compreender que a cesariana na sociedade contemporânea, apresenta-se na concepção da maioria das mulheres e dos profissionais de saúde, como a via de parto mais segura e eficaz para o nascimento. Ainda por meio de leituras das publicações e do referencial que norteia está tese, entendo que a escolha desta via de parto está intimamente ligada aos discursos presentes nas relações que as mulheres estabelecem, seja com familiares, profissionais ou círculo de amizade.

2.4 Discurso da humanização do parto e nascimento: a quem interessa?

No âmbito da assistência ao parto, inúmeras modificações ocorreram com o passar dos anos, principalmente no que ser refere à conduta dos profissionais, à concepção da sociedade em torno desse fenômeno e à intervenção nesse processo por meio de ações padronizadas e verticalizadas. Nesta lógica, para Bessa e Mamede (2010), o parto deixou de ser um processo fisiológico e natural, passando a ser alvo de intervenções contínuas, fato que descaracteriza a humanização.

Segundo Pinheiro e Bittar (2012), a realização de práticas intervencionistas, em muitos casos desnecessárias e desaconselhadas, colaboram para o aumento da intensidade do processo doloroso, contribuindo para a cristalização de uma concepção do parto normal como um processo imensamente dolente e da ideia de que parir é sofrer.

Desconstruir a lógica tecnicista e padronizada que engendra a assistência obstétrica significa dar voz a sistemas de cura não biomédicos, significa desnaturalizar a posição hierárquica de médicos e hospitais, e, especialmente, firmar o corpo feminino em sua capacidade e ausência de vitimização. Atribuir à mulher o papel de destaque, sujeito detentor de direitos, cuja individualidade deve ser permitida e respeitada, também, no cenário do parto (PIMENTEL et al., 2014).

Para Tornquist (2004), o parto e o nascimento acontecem de diferentes maneiras e guardam íntima relação com o contexto histórico, no qual as mulheres estão inseridas, a cultura particular e suas experiências pessoais, incluindo as narrativas e as lembranças guardadas na memória.

Nesta perspectiva, Carneiro (2011) promove a reflexão de que prestar assistência de qualidade no processo de parturição consiste em considerar as diferenças culturais, a singularidade entre as mulheres em suas escolhas e opções de parto, entendendo o parto como um evento cultural e para tanto exige um olhar ampliado dos profissionais envolvidos.

As mulheres do estudo de Aguiar e Oliveira (2011) relataram que foram submetidas a maus tratos durante a permanência no centro obstétrico. O mau atendimento esteve relacionado às condutas realizadas por profissionais, como: dificuldades na comunicação; realização de algum procedimento sem consentimento ou desrespeitosamente; discriminação por condição social ou cor; e, sobretudo, por tratamento grosseiro, marcado pela impaciência e por falas de cunho moralista e

desrespeitoso. Por outro lado, o estudo identificou que as mulheres se sentiram coagidas em questionar as ações a que foram submetidas, reconhecendo que lhes faltava conhecimento para avaliar se os procedimentos eram realmente necessários ou não, assim como seus direitos enquanto parturientes.

Foucault (1996) nos ajuda a descortinar essa questão quando aponta que uma relação de poder é articulada por dois elementos que lhes são indispensáveis, por ser exatamente uma relação de poder: que o “outro” (aquele sobre o qual ele se exerce) seja inteiramente mantido até o fim como o sujeito da ação e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, efeitos, invenções possíveis.

Neste pensar, observo que muitas vezes no momento do parto, as mulheres se submetem voluntariamente às ações estabelecidas e prescritas pelos profissionais da saúde sobre seu corpo e seu comportamento, pois não se pode esquecer que uma relação de poder, geralmente, está articulada a um saber, neste caso o discurso dos profissionais, ancorado a saber científico.

De acordo com o estudo de Pinheiro e Bittar (2012), no momento do parto, as puérperas já receberam orientações quanto às posições que deveriam ser adotadas, o tipo de força e a forma como deveria ser realizada. É importante ressaltar que, estas orientações favorecem, principalmente, os profissionais de saúde, haja vista que, a parturiente, quando se mantém calma, contribui para que os profissionais desenvolvam seu trabalho com mais agilidade e precisão. Contudo, esse modelo de atenção ao parto coloca a parturiente em uma posição de passividade e submissão frente às rotinas estabelecidas pela instituição.

Nesta perspectiva, os estudos de Santos e Shimo (2008), Busanelo et al. (2011), Silva et al. (2013) revelam a imposição de práticas rotineiras e intervencionistas no processo do parto, como a realização da tricotomia, episiotomia, a restrição hídrica e alimentar e o isolamento da parturiente de seus familiares. Com o intuito de promover cuidado integral e contextualizado, é fundamental que esse processo seja ancorado e balizado por uma ação que sobreponha à técnica, sendo humanística em sua essência.

A abordagem de Parada e Tonete (2008), em um contexto regional de serviços públicos do interior paulista a respeito do cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal, na perspectiva de puérperas, considerou que o momento do

parto foi caracterizado por intensa medicalização, padronização das rotinas e resistente a humanização.

Em resposta às inquietações sobre a maneira tecnológica e mecanicista com que o parto vem sendo abordado, e na perspectiva do parto como um evento natural, com o mínimo de intervenções, surgem os primeiros ideais sobre a humanização do parto (DAVIS-FLOYD, 2001).

É importante ressaltar que, a denominação “humanização” foi adotada somente no ano de 2000, quando foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria/GM n o 569, de 1/6/2000. O programa tem como prioridade promover a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério da mãe e de seu filho. Para tanto, torna-se necessário que a equipe de saúde desenvolva ações de acolhimento à gestante, aos seus familiares e ao recém-nascido, priorizando a formação de vínculos saudáveis. Além disso, o programa propõe o rompimento com práticas intervencionistas desnecessárias, que não beneficiam à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2000).

Com a finalidade de incentivar a adesão ao PHPN, o MS repassa aos municípios e às unidades hospitalares que realizarem o parto, um incentivo financeiro, como forma de estímulo para o adequado acompanhamento pré-natal e garantia de referência efetiva para o parto (BRASIL, 2000).

Neste contexto, os estudos de Nagahama e Santiago (2008); Rattner (2009); Diniz (2006) apontam a reflexão e a conscientização dos profissionais sobre a humanização do parto e do nascimento, e que a atenção ao parto necessita estar centrada na mulher, em seus direitos e vontades, fazendo com que seja a principal protagonista desse evento.

Conforme Pimentel et al. (2014), o processo da humanização do parto está ancorado nos direitos reprodutivos da mulher, centrado na experiência feminina e na revalorização dos aspectos fisiológicos do nascimento, em contraposição ao discurso biomédico sobre o parto como patológico. Esta proposta compreende que o parir pertence à ordem do simbólico e para tanto apresenta modificações culturais.

Para Tavolaro e Tavolaro (2011), o parto, quando compreendido sob o prisma natural e fisiológico, favorece que a mulher identifique as necessidades de seu próprio corpo, por isso, é imprescindível que a mesma tenha acesso a métodos e técnicas corporais, tais como massagens, uso de banheira ou chuveiro, dentre

outros que proporcionem tranquilidade, conforto e alívio da dor. Ainda nesta perspectiva, a concepção da dor do parto e as maneiras de lidar com ela envolvem uma relação com o corpo, em vez de suprimi-la, a dor deve ser administrada com recursos do próprio corpo que vão desde a respiração, relaxamento, o grito, o gemido até o choro.

O estudo de Wey (2007) analisou as experiências no parto de 35 mulheres, comparando uma internação anterior para o parto, com outra internação com no mínimo um intervalo superior cinco anos. Os resultados possibilitaram vislumbrar que o panorama da assistência apresentou melhora com a implantação de práticas assistenciais voltadas à humanização, assim como o impacto positivo que essas mudanças causaram às usuárias.

Outro fator que contribuiu de forma significativa para a humanização do parto foi a aprovação da Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

A importância da participação do acompanhante no parto e nascimento está associada à minimização do sentimento de solidão e da dor nestes momentos. A presença de uma pessoa de confiança e as atitudes adotadas por essas pessoas proporcionam às mulheres o conforto e a calma que precisam, sentindo-se mais confiantes e seguras (DODOU et al., 2014).

Ainda, no que se refere à presença do acompanhante no parto, o estudo de Perdomini e Bonilha (2011) mostrou a importância para o pai na participação do nascimento de seu filho, os pais manifestaram que se sentiram “poderosos” em dizer palavras e oferecer gestos de carinho e conforto que motivassem as mulheres no trabalho de parto. A presença do pai no processo de parturição, além de fortalecer os laços entre o casal, possibilita a observação do primeiro choro do filho e proporciona o primeiro colo, favorecendo assim uma transição tranquila à parentalidade.

Outra modalidade que tem contribuído para a humanização do parto são as ações em saúde desenvolvidas por meio de grupos de gestantes. O estudo de Bessa e Mamede (2010) revelou que o grupo de gestantes se apresenta como uma ferramenta importante na disseminação dos princípios da humanização, uma vez que discorre de questões que valorizam o parto como um evento natural, a

necessidade de diminuição das intervenções desnecessárias, a valorização do ser humano, o respeito as suas potencialidades e seus direitos assegurados.

Takemoto et al. (2011) pontuou que o melhor momento para orientar a mulher sobre os benefícios do aleitamento materno é durante a gestação. Desta forma, cabe destacar a importância do grupo como espaço para trocas entre os profissionais de saúde, as gestantes que já vivenciaram a maternidade e aquelas que se percebem grávidas pela primeira vez.

Quanto aos momentos que transcendem ao trabalho de parto e parto, o processo educativo realizado previamente é de extrema relevância, no sentido de que torna a mulher mais segura do que está vivenciando. Ela se torna um sujeito ativo rebatendo a posição passiva, muitas vezes assumida devido a sentimentos de medo e insegurança. A importância de ações de atenção e cuidado está ancorada na possibilidade de fornecer um processo de parturição mais tranquilo por parte das gestantes, para que abandonem a postura submissa em sala de parto, tornando-as capazes de tomar as decisões nesse momento, bem como ao longo da assistência pré-natal ofertada (FIGUEIREDO et al., 2010).

Desta forma, a partir dos estudos apresentados nesse tópico e das leituras realizadas, compreendo que a humanização do parto tem colaborado para a reflexão sobre a atenção ao processo de parturição e aos direitos das mulheres, assim como tem possibilitado a melhora na assistência ao parto, ao considerar o parto como um evento natural, mas também uma construção social.

Contudo, cabe ressaltar que embora a Política de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, tenha contribuído para inúmeros benefícios na atenção à mulher em trabalho de parto e parto, é necessário ampliar o olhar e entender que também se configura como uma estratégia de controle do estado sobre a população feminina.

Nesta lógica, em seus escritos, Foucault denomina de biopoder o controle nexercido sobre a vida por meio de um conjunto de mecanismos que regulam as características biológicas da espécie humana, sua vida, seus ritmos, seu desenvolvimento. Tal controle se dá sobre uma determinada população, ao que o autor denomina de biopolítica, ou seja, tem como objeto a população, a fim de maximizar sua vida, sua força, sua utilidade, entre outros (FOUCAULT, 2008).

A partir de então, Foucault volta-se a expandir a compreensão da biopolítica, sob uma perspectiva amplificada, a da arte de governar, mais especificamente, reinscrevendo-a no que ele denominou de governamentalidade. A

governamentalidade surge como uma tendência nas práticas de governamentalização do Estado, ao constituir técnicas e procedimentos de gestão da população. Configurando-se em tipos de racionalidades, que envolvem conjuntos de procedimentos, mecanismos, táticas, saberes, técnicas e instrumentos destinados a dirigir a conduta de homens (FOUCAULT, 2008).

De acordo com Riffel (2005), o parto humanizado é objeto da política e da obstetrícia e é por meio de suas práticas e prescrições que regulam o corpo feminino e grávido das mulheres.

De acordo com *Schwengber e Meyer* (2011), os discursos técnico-científicos, direcionados a gestão e promoção da saúde das mulheres-gestantes, são incorporados e traduzidos para a esfera do senso comum a fim de administrar, gerir, ensinar, inserir e regular as vidas dos diferentes grupos de mulheres gestantes.

Deste modo, a partir das leituras realizadas e do referencial teórico que sustenta este estudo, entendo que a humanização do parto é uma política que, trouxe inúmeros avanços e benefícios à mulher, ao recém-nascido e à família. Porém, é preciso considerar que essa política também é uma forma de regulação, uma vez que localiza, distribui e normatiza as questões que transcendem ao parto.

3 Perspectivas Metodológicas

O presente estudo insere-se na perspectiva teórico-metodológica da análise do discurso de inspiração foucaultiana, utilizando-se de algumas ferramentas da genealogia para responder aos questionamentos apontados no transcorrer deste estudo.

De acordo com Veiga-Neto (2009, p.87)

> A produção de Foucault se distancia de perspectivas epistemológicas que tornam a teoria e o método rígidos, prescritivos e formais e aproxima-se de perspectivas que promovem uma flexibilização, o que não quer dizer um 'vale-tudo' ou que teorias e métodos advindos dessas perspectivas não tenham preceitos ou rigor, pois "sempre é preciso seguir alguns preceitos, normas ou regras previamente estabelecidos por uma cultura que nos precedeu e na qual estamos mergulhados".

Para fugir dos rigores conceituais, Foucault denominou o seu percurso de trabalho de 'perspectiva', no sentido de um conjunto de procedimentos técnicos utilizados para "executar descrições, análises e problematizações (VEIGA-NETO, 2009, p.90).

Essa perspectiva metodológica trabalha com a descrição dos enunciados presentes nos discursos, sejam ditos, praticados ou escritos, de forma a possibilitar que revelem o efeito e as condições das enunciações produzidas. A descrição de um enunciado não está atrelada somente ao fato de isolar e caracterizar um seguimento horizontal, mas entender as condições das quais emerge uma série de signos, uma existência e uma existência específica (FOUCAULT, 2014a).

Deste modo, a análise enunciativa é considerada uma análise histórica. Entretanto, desconsidera o fato da interpretação, pois não tem a pretensão de questionar as coisas ditas, o que elas escondem, e as não ditas, ou que involuntariamente recobrem. No entanto, procura saber de que modo existem, o que significa sua manifestação, de terem deixado rastros e talvez de permanecerem para uma reutilização eventual, o que para elas o fato de terem aparecido em nenhum outro em seu lugar (FOUCAULT, 2014a).

Para realização desse método de análise é preciso que o pesquisador tenha um desprendimento daquilo que está dado, recusar as fáceis explicações e livrar-se da busca do oculto e do profundo dos fatos. Para tanto, é necessário permanecer no nível da existência das palavras, daquilo que está dito, praticado ou escrito. Ao seguir essa perspectiva, o pesquisador necessita considerar as descontinuidades e os jogos pelos quais ocorrem as condições históricas, que possibilitam o aparecimento de discursos, observando as suas regularidades, insistências, repetições, possíveis rupturas e descontinuidades (FOUCAULT, 2014a).

Foucault define o discurso como um conjunto de enunciados que podem pertencer a diferentes campos, mas que devem obedecer a regras de formação em comum, porém questiona as condições de emergência de dispositivos de discursos que sustentam ou engendram práticas (REVEL, 2005).

Nesse sentido, Fischer (2012) aponta a análise do discurso como uma atividade árdua, pois é preciso um debruçar-se do analista sobre o discurso, deixando aparecer na complexidade o que lhe é peculiar. Nesta tese, foi realizada a leitura exaustiva do material empírico a fim de encontrar os enunciados que conformam as relações de saber/poder presentes na escolha pela cesariana por gestantes e obstetras.

A escolha dessa perspectiva se deu devido ao fato de não apenas identificar e apontoar a cesariana e a forma como ela tem sido escolhida entre gestantes e obstetras, mas para provocar, tencionar as tramas discursivas que interpelam e produzem significados e sentidos sobre essa escolha.

3.1 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Pelotas que se localiza na região do sul do estado do Rio Grande do Sul e possui uma população de 328.275 habitantes, sendo a terceira cidade mais populosa do estado (IBGE, 2010).

Os contextos de investigação para realização deste estudo foram: o Hospital de Ensino, o consultório de obstetras que atuam no plantão obstétrico do hospital e o domicílio das puérperas que realizaram cesariana no hospital participante da pesquisa.

A Unidade Clínica Ginecológica e Obstétrica do hospital participante do estudo dispõe de 21 leitos SUS, sendo 15 obstétricos, 06 destinados à gestação de alto risco e 09 leitos privativos destinados à maternidade. A unidade presta

atendimento a mulheres de Pelotas e região, as quais são encaminhadas via Ambulatório, Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O hospital também mantém a Casa da Gestante que abriga gestantes de alto risco do Sistema Único de Saúde (SUS) e contribui para a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal.

No ano de 2016, na maternidade do hospital participante do estudo, foram realizados 1849 partos, destes 486 foram partos vaginais e 1363 foram por meio de cesariana.

3.2 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 13 obstetras que atuavam no plantão obstétrico na Clínica Ginecológica e Obstétrica do hospital participante do estudo e 13 puérperas que realizaram cesariana, sendo que sete puérperas realizaram a cesariana pelo SUS e seis pelo Sistema Privado.

O condicionamento numérico entre obstetras e puérperas, se deu devido à possibilidade da descrição dos enunciados presentes nos discursos, sob uma perspectiva igualitária. De acordo com Taylor e Bogdan (1987), as entrevistas qualitativas requerem um desenho flexível para o estabelecimento do número de participantes, desta forma não é preciso apresentar um número específico de participantes previamente, assim como, o modo como será realizado o contato com os participantes, visto que podem ocorrer mudanças ao iniciar as entrevistas.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

3.3.1 Critérios de Inclusão para as puérperas

- Ter realizado cesariana na Clínica Ginecológica e Obstétrica do hospital participante do estudo no primeiro semestre de 2016;
- Ser maior de 18 anos;
- Ter disponibilidade em participar do estudo;
- Estar consciente e situada no tempo e espaço;
- Permitir o uso de gravador durante as entrevistas;
- Concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos.

3.3.2 Critérios de exclusão para puérperas

- Apresentar alguma patologia que impeça a comunicação;
- Presença de natimorto.

3.3.3 Critérios de inclusão para os/as obstetras

- Trabalhar na Clínica Ginecológica e Obstétrica do hospital participante do estudo pelo período mínimo de um ano;
-Ter disponibilidade em participar do estudo;
- Permitir o uso de gravador durante as entrevistas;
-Concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos.

3.3.4 Critérios de exclusão para os/as obstetras

- Profissionais em férias ou em licença saúde.

3.4 Princípios éticos

Os princípios éticos que nortearam este estudo foram correspondentes a Resolução nº 466/2012[3] do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (MS), que dispõe de Pesquisas com seres humanos. E o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007), que no Capítulo III fala a respeito dos deveres nos artigos 89, 90 e 91 e das proibições nos artigos 94 e 98.

Aos participantes do estudo foi assegurado o anonimato, o acesso aos resultados da pesquisa e o direito à desistência durante o processo de investigação, sem prejuízo pessoal.

O estudo não causou riscos físicos aos participantes, pois não foi realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Mas a entrevista poderia causar desconforto ao rememorar situações do cotidiano de trabalho, para minimizar este risco, foi assegurado aos participantes a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para eles.

---

[3] Resolução nº 466/2012: Resolução que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Essa resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça entre os outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade cientifica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Os benefícios aos participantes foram o compartilhamento de ideias e experiências sobre a escolha do tipo de parto entre os participantes e a pesquisadora.

Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, os obstetras foram identificados pela profissão acrescida da ordem numérica das entrevistas, exemplo: Obstetra 1; Obstetra 2; Obstetra 3. E as mulheres foram identificadas pela palavra puérpera seguindo a ordem numérica das entrevistas, por exemplo: Puérpera 1; Puérpera 2; Puérpera 3.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, foi enviado um ofício para instituição participante do estudo, solicitando a carta de anuência para a coleta dos dados. De posse das cartas de anuência da instituição envolvida, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

No dia 15 de janeiro de 2017, foi recebido o Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, com aprovação do projeto sob Parecer nº 1.882.680 e CAAE 62209516.0.0000.5317.

A coleta dos dados foi realizada por intermédio da entrevista em profundidade. A entrevista em profundidade requer que o entrevistador estabeleça um grau de intimidade e cumplicidade com o entrevistado, a fim de que destaque detalhadamente os aspectos que considere relevantes e transcendentes dentro de sua experiência. Para a entrevista em profundidade não estabelece um número exato de encontros. No entanto, ao realizar a análise do conteúdo presente na entrevista, o entrevistador poderá realizar outros encontros a fim de aprofundar as questões que não foram contempladas em um primeiro momento (ROBLES, 2011).

Segundo Silva (2005), a técnica de entrevista em profundidade pode ser iniciada com perguntas de caráter mais concreto, fatuais e relacionadas às experiências cotidianas dos sujeitos para gradativamente passar a perguntas que envolvam reflexões mais abstratas e julgamentos. As perguntas são formuladas exatamente para ir além da espontaneidade, em direção ao que, por várias razões, não é comumente dito.

Devido ao fato da aprovação do comitê de ética em Pesquisa ocorrer no mês de janeiro, optei por iniciar a coleta dos dados em março de 2017, pois alguns obstetras estavam no período de férias. Então, no dia 06 de março de 2017 me

desloquei até o Centro obstétrico (CO) do hospital participante da pesquisa. Ao chegar no CO, apresentei-me a enfermeira e expliquei sobre o estudo, que inicialmente seriam entrevistados os obstetras que atuavam no plantão obstétrico. A enfermeira, embora estivesse há dois meses no setor, mostrou-se disposta a colaborar com o estudo, contribuindo para a construção do meu vínculo junto aos obstetras. Após a conversa inicial, fomos até a escriturária que atua no centro obstétrico para conseguir a lista dos obstetras. Em posse da lista, observei que constavam quinze obstetras, e a enfermeira referiu os dias de plantão de cada um para sistematizar a coleta de dados.

O plantão obstétrico era constituído por dois obstetras em um período de 24 horas. Sendo assim, pactuei com a enfermeira que minhas visitas seriam nos períodos da tarde e da noite, pois pela manhã o fluxo de atividades no CO era intenso. Pactuei também que a enfermeira me apresentaria aos obstetras para que a formação do meu vínculo com os/as obstetras fosse facilitada.

Naquela tarde, a enfermeira me apresentou a primeira obstetra. Enquanto me apresentava, a obstetra caminhava e disse que naquele momento seria impossível, mas que eu poderia tentar na próxima semana. Naquele momento, percebi o quão difícil seria abordar os obstetras, pois o CO é um serviço que funciona 24 horas e na maior parte das vezes está lotado.

No outro dia, ao chegar ao CO, a enfermeira me comunicou que já havia conversado com o obstetra de plantão sobre a pesquisa e o mesmo iria me receber. Assim, realizei a primeira entrevista.

A inserção no campo para entrevistar os obstetras se estendeu por dois meses. Foram muitas idas e vindas ao campo, horas aguardando os obstetras que haviam agendado a entrevista e que por algum motivo não puderam me receber. Esses períodos longos de espera pelos obstetras nos corredores do CO foram de suma importância, pois para Foucault, o discurso é prática, é o dizível e o visível. Tais momentos certamente contribuíram para as provocações e problematizações que se encontram ao longo do estudo. Nas idas e vindas ao campo, necessitei criar outras estratégias para realizar as entrevistas como, por exemplo, buscar o endereço de consultórios de alguns obstetras e ir até lá para ver a possibilidade de agendar a entrevista, o que me auxiliou, pois fui recebida nos consultórios que visitei. Também, precisei deslocar-me a outros hospitais do município em que os obstetras também realizavam plantão. Dos 15 obstetras, uma obstetra negou-se a

participar do estudo, justificando que não poderia falar sobre a escolha da cesariana no SUS e que embora, o sigilo quanto a identidade da participante fosse mantido, não gostaria de relatar que em alguns momentos não é seguido o que os manuais do SUS preconizam. Outra obstetra estava sempre ocupada e após sete tentativas, considerei como perda, visto que em algumas vezes estava no CO e não me recebia.

Em maio de 2017, iniciei as entrevistas com as puérperas. Inicialmente, a proposta era acessar a lista das mulheres que haviam realizado cesariana no último mês e em posse da ficha de cadastro realizar o contato pelo telefone. Entretanto, a escriturária do CO referiu que esse procedimento demandaria muito tempo e que não conseguiria buscar o cadastro das puérperas. Logo, a supervisora de enfermagem do CO e a enfermeira sugeriram que eu fizesse o convite às mulheres que haviam realizado cesariana há mais de 24 horas e agendasse a entrevista no domicílio, então adotei esta estratégia.

Ao chegar ao CO, a enfermeira me entregou a relação das puérperas que estavam no pós-operatório de cesariana há 24 horas, a fim de que eu realizasse o convite. A primeira puérpera que abordei foi no dia 08 de maio, que havia realizado a cesariana por convênio. Ao entrar no quarto, ela estava sozinha com o bebê, pois o mesmo estava realizando fototerapia, então fiz o convite e mencionei a possibilidade de agendar a entrevista no domicílio. A puérpera questionou se a entrevista poderia ocorrer naquele momento, visto que estava sozinha no quarto, então realizei a entrevista ali mesmo. Percebi o quanto era importante para a mulher compartilhar sua experiência e ser ouvida no ambiente hospitalar e o quanto os detalhes da entrevista estavam presentes. A partir desta experiência, o local de entrevista para as mulheres que gostariam de realizar no hospital foi no quarto das puérperas. Entretanto, as mulheres que realizaram cesariana pelo SUS estavam em quartos com seis camas o que dificultava a privacidade no momento da entrevista, sendo assim, para as que solicitavam realizar a entrevista no CO, a enfermeira cedeu uma sala em que eram discutidos os casos clínicos pela manhã e no período da tarde estava disponível. Desta forma, foram realizadas 10 entrevistas no CO e 03 entrevistas no domicílio das puérperas. A coleta de dados encerrou no dia 28 de maio de 2017.

Após finalizar a coleta de dados, as entrevistas que foram transcritas. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados em CD e serão

guardados na sala do Núcleo de Pesquisa na Faculdade de Enfermagem da UFPel, sob responsabilidade da orientadora do estudo, por um período de cinco anos e após serão incinerados.

3.6 Análise dos dados

A análise do material empírico foi guiada pela inspiração da análise genealógica proposta por Michel Foucault, que defende a percepção da problemática tal como se apresenta na realidade, com a finalidade de analisar as relações de saber e poder presentes entre as gestantes e obstetras na escolha pela cesariana.

De acordo com Diniz e Oliveira (2014) em 1970 Foucault propôs uma análise diferente do poder, diferente dos demais pensadores em suas análises do poder, buscou analisar o modo como o poder pode ser exercido e investigado. Enquanto as teorias clássicas conferiam ao Estado uma espécie de monopólio do poder, Foucault desenvolveu sua análise não a partir do centro, ou seja, do Estado, mas das periferias, dos micropoderes, para então descobrir como o poder perpassa todas as estruturas sociais. Foucault propôs uma pesquisa de cunho histórico e, por meio dela, buscou reconhecer as diferentes formas de domínio do poder, analisando suas transformações e sua constituição histórica. Sendo assim, denominou de genealogia o método utilizado para identificar a articulação das novas formas de poder.

Segundo Oksala (2007), a genealogia caracteriza-se pelo estudo da conexão entre as relações de poder e a formação do conhecimento científico. Sendo assim, os regulamentos que regem as práticas discursivas estão sempre associadas às relações de poder da sociedade em questão. Na perspectiva Foucaultiana, o conhecimento científico é detentor dos efeitos de poder, devido ao simples fato de estar cientificamente validado e aceito de maneira geral.

O genealogista em primeira instância recusa a história da origem, visto que trabalha com a proposta de trazer a essência exata dos fatos, a forma imóvel das coisas. Porém o genealogista se utiliza da história para conjurar a quimera da origem, reconhecer os acontecimentos, seus abalos, surpresas e vitórias. (FOUCAULT, 2013a).

A genealogia é um método que não realiza interpretações do que já foi dito, mas, objetiva descrever historicamente as interpretações que já foram dadas como verdades nos enunciados históricos. Para realizar uma pesquisa de inspiração

genealógica é preciso desconstruir o discurso essencialista de enunciados que aparecem como grandes descobertas, e mostrar que estes não passam de invenções provenientes de discursos repetitivos. Sendo assim, a pesquisa genealógica não parte de um objeto do presente para ir ao passado na tentativa de explicar a origem de tal objeto, mas busca investigações de fragmentos que quando se tratam da história tradicional são deixados de fora (FONSECA, 2012).

De acordo com Foucault (2013a), os discursos que chegam até nós e são aceitos como naturais e verdadeiros necessitam ser colocados em suspenso. Não se trata de negá-los ou ignorá-los, mas discutir e mostrar que são resultantes de uma complexa trama que os possibilitam aparecer de determinadas formas em determinados momentos.

Neste contexto, nas unidades analíticas que compõem esse estudo, foi preciso mostrar como se deu a conformação da medicina e da obstetrícia enquanto campo de saber médico, não com a finalidade de origem ou de uma reconstrução da história, mas para provocar, problematizar as quebras, os fragmentos desse discurso. Assim como, por em suspenso as verdades construídas por meio de discursos que legitimam a cesariana enquanto um procedimento seguro e isento de riscos.

Para Castro (2005), a genealogia é um método que apresenta como objetivo analisar o poder em seu contexto prático, ligado às condições que possibilitaram sua emergência, fazendo a análise histórica das condições políticas de possibilidade dos discursos; desta forma, o genealogista não busca a origem, mas a proveniência.

Desta forma, a análise genealógica deste desta tese buscou analisar as relações de poder e saber presentes na escolha pelo parto cirúrgico, buscando identificar as possibilidades e a emergência que possibilitaram a cesariana como tipo de parto mais adotado na contemporaneidade.

Após a transcrição das entrevistas dos obstetras e das puérperas, foi realizada uma leitura aprofundada com intenção de identificar excertos que possibilitassem identificar as relações de poder e saber na escolha pela cesariana e as verdades inventadas sobre esta. Posteriormente, foi realizada a construção das unidades analíticas a partir das relações de saber e poder presentes nos excertos. Sendo assim, para auxiliar a construção e problematização das unidades analíticas, utilizei algumas ferramentas de Foucault, a saber: discurso, poder, saber e relações de poder.

A análise possibilitou identificar a presença de três de poderes na escolha da cesariana entre obstetras e gestantes: o poder pastoral, o poder disciplinar e o biopoder.

4 Apresentação dos participantes do Estudo

Neste capítulo, para melhor compreensão dos resultados da pesquisa apresentam-se de forma sistematizada a caracterização dos/as obstetras e das puérperas participantes do estudo seguida da construção das unidades analíticas resultantes da análise dos dados das entrevistas que foram confrontadas com o referencial teórico proposto para este estudo.

4.1 Caracterização dos/as obstetras

A caracterização dos/as obstetras se deu a partir dos dados coletados na primeira parte da entrevista em profundidade composta pelas informações sociodemográficas: idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação e apresentadas no quadro a seguir:

Caracterização dos/as Obstetras

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO
Obstetra 1	Masculino	45	20	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 2	Masculino	40	15	Residência Ginecologia e Obstetrícia e Mastectologia.
Obstetra 3	Masculino	65	40	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 4	Feminino	42	18	Residência Ginecologia e Obstetrícia.
Obstetra 5	Feminino	32	5	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 6	Masculino	63	37	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 7	Feminino	34	08	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 8	Feminino	39	10	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 9	Feminino	35	07	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 10	Feminino	30	04	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 11	Feminino	47	20	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 12	Feminino	31	05	Residência Ginecologia e Obstetrícia
Obstetra 13	Feminino	31	04	Residência Ginecologia e Obstetrícia

Figura 1 – Dados da Pesquisa .

4.2 Apresentação dos/as obstetras

Apresento de forma mais detalhada os/as obstetras participantes do estudo, pois de acordo com a perspectiva proposta por Foucault (2010a), o discurso é prática. E tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados, textos e instituições, o dizível e o visível se constituem práticas sociais constantemente ligadas e amarradas às relações de poder.

Obstetra 1: O contato inicial foi realizado por meio da enfermeira da maternidade. Enquanto a enfermeira explicava a pesquisa e realizava o convite inicial, aguardei no corredor da maternidade. Confesso que estava ansiosa, pois havia um movimento intenso naquela tarde no CO e também por ser a primeira entrevista. Após cinco minutos, a enfermeira solicitou que eu entrasse em uma sala da residência em obstetrícia. Ao entrar na sala, o obstetra estava sentado na cabeceira de uma mesa grande com seis cadeiras, olhando para baixo com a mão na testa, assim que eu adentrei a sala, o mesmo me cumprimentou com um aperto

de mão e solicitou que eu sentasse em uma cadeira próxima a dele. Logo, apresentei-me, falei sobre o que se tratava a entrevista e entreguei a carta convite. O obstetra leu com toda atenção a carta e disse que aceitaria participar. Entreguei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido minuciosamente antes de ser assinado. Conversei mais um pouco explicando sobre a pesquisa e ele me olhava e batia um dos pés no chão como se estivesse com pressa. Eu estava ansiosa, tentado ser o mais breve possível, e devido ao fato de ser a minha primeira experiência com entrevista qualitativa em profundidade. Após ligar o gravador, ele disse que mesmo que a minha pergunta fosse ampla no TCLE deixava claro que o meu objetivo era as questões sobre a escolha da cesariana, então foi discorrendo sobre sua prática na atuação no parto no âmbito do SUS e no privado, assim como o trabalho no consultório com o pré-natal. As palavras eram diretas e eu me sentia como se estivesse em uma consulta médica e tivesse que perguntar sobre tudo em um pequeno intervalo de tempo. O obstetra, ao me falar sobre sua atuação no processo de parturição, rabiscava em uma folha de ofício, e por vezes erguia a cabeça me olhava e olhava no relógio. Ele possuía uma boa oratória, tentava abarcar tudo em uma única resposta para que não houvesse perguntas na sequência. Ao finalizar, o obstetra perguntou se eu teria mais alguma questão, eu entendi que estava bom e encerrei a entrevista e nos despedimos com um aperto de mão. Ao sair da sala, agradeci a enfermeira e sentei em uma cadeira no corredor para anotar as impressões da entrevista, após retornei para minha residência. Lembro que ao chegar fui rapidamente transcrever a entrevista e observei que poderia ter aprofundado algumas questões. Logo, contatei minha coorientadora e enviei a entrevista, a qual apontou algumas questões que eu poderia ter aprofundado, então no outro dia precisei retornar ao campo. Estava apreensiva, pois não saberia se o obstetra concordaria em me receber novamente, embora eu tivesse explicado que teria a possibilidade de retorno. Quando o mesmo me viu no corredor questionou se eu estava à procura de outros obstetras e falei que também estava, mas que precisa rever algumas coisas que não haviam ficado claras. Assim, levou-me a mesma sala e aprofundamos as questões que precisavam de aprofundamento. Naquele momento, fui percebendo que embora fosse difícil o acesso ao obstetra, pois na maioria do tempo está ocupado, a entrevista foi mais tranquila e atenciosa. Ao sair da sala, deparei-me com outro obstetra no corredor e, como ele estava mexendo no celular, tomei coragem, me apresentei e realizei o convite. Assim, o

mesmo pediu para que eu fosse a partir das 19:00h do dia seguinte, agradeci e fui para casa, transcrever a entrevista. Neste dia, saí mais confiante, pois o convite foi aceito logo em que o fiz.

Obstetra 2: Neste dia cheguei às 19:00h conforme combinado no dia anterior. Sentei nas cadeiras do corredor da maternidade, como de costume, para aguardar a chegada do obstetra. Devido ao fato de ser à noite, o centro obstétrico estava mais tranquilo. Havia uma gestante e seu esposo aguardando avaliação, ambos sentados quietos, e em seguida a mulher foi chamada. O obstetra chegou às 21:00h e assim que me avistou pediu perdão pela demora e disse que após receber o plantão retornava. Passaram-se mais 30 minutos, mas não tinha problema eu estava preparada para aguardar o tempo que fosse necessário. Enfim, ele chegou e me levou até uma sala de aula pequena. Como de costume apresentei a pesquisa, a carta convite e após o TCLE. O obstetra leu atentamente o TCLE e após assinou. A entrevista foi muito tranquila, ele tinha uma aparência de que não tinha a menor pressa e que gostaria de contribuir com o que fosse necessário. Ainda me questionou se eu estava conseguindo ter acesso aos demais colegas, pois achava que seria uma tarefa um pouco difícil. Ao discorrer sobre seu trabalho e as questões sobre o processo de parturição, estava sentado ao meu lado, com uma das pernas sobre a outra em uma posição que parecia estar confortável, o que também me deixava à vontade para prosseguir com a entrevista. Em alguns momentos houve silêncios, parecia que o mesmo refletia em sua prática. Ao final da entrevista, ocorreu um fato interessante, o médico referiu o quanto foi importante parar naquele momento e refletir sobre seu processo de trabalho. Ao final da entrevista desliguei o gravador, agradeci e me despedi.

Obstetra 3: A entrevista desse obstetra aconteceu no consultório, pois ao chegar ao CO às 08:00h percebi, logo no início, que pela manhã não era o momento adequado para realizar as entrevistas, devido a rotina intensa dos obstetras, tanto que contatei dois obstetras que solicitaram para que retornasse em um outro momento. Devido ao fato do consultório do obstetra ser próximo ao hospital, fui até o consultório e expliquei sobre a pesquisa à secretária e a possibilidade de agendamento, e para minha surpresa o obstetra pediu que eu aguardasse, pois me encaixaria entre uma consulta e outra. Quando escutei isso, fiquei feliz pelo aceite ao convite em participar da pesquisa, porém ansiosa, pois pensei que por se tratar de um encaixe seria uma entrevista rápida. Ao entrar no consultório, fui recebida

com um sorriso, o que me tranquilizou. O obstetra pediu para que sentasse na cadeira da paciente, colocou as mãos sobre a mesa e me escutou com atenção. Após aceitar o convite, assinou rapidamente o TCLE. A entrevista foi muito tranquila, o obstetra contou sobre os longos anos de trabalho, sobre as mudanças em relação à preferência das mulheres pela cesariana e sobre suas experiências. O ambiente cheio de livros e aquela conversa que parecia uma narrativa, me deixou muito à vontade para perguntar outras questões. A entrevista foi realizada sob o clima de tranquilidade e de uma conversa. Após o término agradeci e nos despedimos.

Obstetra 4: Cheguei ao hospital às 14:00h, porém a obstetra que estava no plantão pediu para que eu retornasse em outro momento. Então como não poderia perder tempo, procedi da mesma forma e me desloquei ao consultório de uma das obstetras da pesquisa. Esse consultório, não era próximo ao hospital, e estava calor naquela tarde, mas não me impediu de caminhar 30 minutos até lá. Ao chegar, fui recebida pela secretária. A recepção do consultório estava vazia e no exato momento em que a obstetra apareceu na recepção perguntando sobre a paciente que não havia chegado me apresentei e prontamente realizei convite. A médica olhou no relógio e disse que me receberia. Devido ao fato do consultório ser o local da entrevista, ela sentou em sua cadeira e eu na cadeira da paciente. A obstetra tinha como característica falar bastante e rápido, então, a mesma explanou de forma detalhada sobre o seu processo de trabalho articulando com as questões da cesariana de forma clara. Ainda que a obstetra fosse bastante clara durante o seu posicionamento sobre as questões da cesariana e do desejo ou não da gestante, batia com a caneta em um vidro que estava sobre a mesa, quando referia que o conhecimento científico da medicina era superior a vontade da mulher. Esse gesto, forte da caneta em pé batendo sobre o vidro da mesa, foi algo que me chamou a atenção. Foi a entrevista mais longa dentre os obstetras. Ao final, a médica colocou-se à disposição caso eu precisasse retornar para esclarecer alguma dúvida e disse ter gostado de contribuir para a reflexão sobre as questões da cesariana. Desliguei o gravador e me despedi. Ao sair do consultório, retornei rapidamente para casa a fim de anotar minhas impressões do campo.

Obstetra 5:. Depois de três dias consecutivos sem sucesso nas entrevistas, chego a maternidade às 14:00h. As técnicas em enfermagem que já estavam acostumadas com a minha presença naquele lugar, comentaram que havia dois obstetras naquela tarde e que estava um plantão tranquilo para que eles me

recebessem. Como de costume, a enfermeira ligou para o quarto dos obstetras e me anunciou. A obstetra, já no início perguntou se os demais obstetras estavam aceitando participar, como eu disse sim, ela me levou até uma sala que estava vazia. Na sala havia um sofá cama, mas sentamos nas cadeiras uma ao lado da outra. Expliquei sobre a pesquisa e entreguei o TCLE, ela assinou direto. Logo, falou que a porta da sala deveria ficar aberta caso alguém precisasse chamar por ela. No momento da entrevista, respondia olhando para o celular, pois permaneceu mexendo no mesmo durante a entrevista. Com a cabeça baixa, falou logo no início que seria difícil falar sobre cesariana, porque no SUS a mulher não escolhe o parto. Sobre o processo de trabalho com o pré-natal, devido ao fato de somente supervisionar os acadêmicos de medicina, a obstetra disse que não poderia dar detalhes sobre a consulta de pré-natal, pois quem realizava a consultas eram os estudantes. Durante a entrevista, havia momentos de silêncio, então eu retomava as questões tentando aprofundar. Foi uma entrevista inicialmente com menos detalhes, porém ao decorrer fomos conversando e aprofundando. Após o término agradeci e desliguei o gravador. Ao desligar o gravador, a obstetra referiu sobre as dificuldades em trabalhar em um serviço que recebe gestantes de todos os lugares e multas vezes gestantes em alto-risco. Também salientou as dificuldades de conduzir o trabalho de parto, quando não se tem um vínculo anterior com a gestante. Após agradeci e me despedi. Voltei para as cadeiras a fim de realizar minhas impressões do campo e sobre o quanto, ainda que se diga que o sigilo e anonimato serão respeitados, a entrevista inibiu a obstetra, pois ao desligar o gravador a mesma falou sobre situações importantes em sua prática que não havia falado antes. Em seguida fui chamada pelo próximo obstetra.

Obstetra 6: Quando cheguei, na mesma sala que estava com a obstetra anterior, o obstetra já me aguardava sentado em uma cadeira. Sentei na cadeira ao lado e expliquei a pesquisa. Após a leitura e assinatura do TCLE, iniciamos a entrevista. O obstetra foi muito tranquilo, falou sobre sua longa experiência em obstetrícia e sobre as mudanças que tem ocorrido na escolha sobre o tipo de parto. Ele abriu a janela, e entrava um vento leve, enquanto falava sobre seu processo de trabalho e as questões que transcendem ao processo de trabalho de parto. A entrevista foi interrompida por um acadêmico de medicina que bateu porta e entrou na sala para avisar que havia uma gestante para ser avaliada. O obstetra pede para que o acadêmico aguarde o término da entrevista. A interrupção do acadêmico

pareceu não apressar o obstetra que continuou a conversa e suas percepções em um clima de tranquilidade. Apontou sobre algumas questões que não haviam sido faladas em entrevistas anteriores, como os grupos de gestantes e o parto vaginal em outros países. Ao final da entrevista, desliguei o gravador e me despedi. Naquele dia considerei ter sido um dia produtivo com duas entrevistas.

Obstetra 7: Depois de algumas tentativas sem sucesso, decidi retornar por volta das 16:00h ao Centro Obstétrico, pois pensei que por ser final da tarde fosse um pouco mais fácil. Ao chegar ao CO, logo vi que muitas mulheres aguardavam para serem avaliadas. Quando cheguei ao posto de enfermagem, recebi a notícia de que as obstetras estavam no bloco cirúrgico e que eu poderia aguardar o retorno. Mas que seria difícil realizar entrevista naquele dia, pois ainda necessitavam avaliar as mulheres que aguardavam. Então decidi esperar, porque o tempo estava passando e eu precisava dar continuidade às entrevistas. Fiquei em pé no corredor onde as mulheres aguardavam avaliação e outras caminhavam, pois já estavam em trabalho de parto. O corredor estava cheio, as técnicas em enfermagem caminhavam em várias direções a fim de prestar cuidados às mulheres. Naquele momento, eu não vestia jaleco, nem utilizava crachá, então era como se eu fosse mais uma mulher aguardando. Confesso que foi estranho não estar como enfermeira naquela unidade, mas assim comecei a escutar e entender um pouco das angústias daquelas mulheres. A conversa se dava em torno do tempo em que as mulheres aguardavam ali, algumas aguardavam avaliação, outros resultados de exames e outras aguardavam desocupar um leito para que pudessem realizar a internação. As mulheres estavam com seus pertences, malas, roupas e alimentos. Havia uma conversa de indignação, sobre a peregrinação que as gestantes fazem nas maternidades e sobre o tempo longo de espera para o atendimento. Umas perguntavam as outras o tempo que estavam aguardando. De repente, chega uma gestante maquiada, com cabelo escovado, acompanhada por três familiares com os papeis da internação e os entrega no posto de enfermagem, e, assim, é encaminhada ao quarto. Percebi que as demais observaram aquela cena e se calaram, ficando um clima de silêncio. Passado uns cinco minutos, a gestante que havia chegado passa em uma maca sendo encaminhada ao bloco cirúrgico. Naquele momento, estabeleceu-se um clima de indignação nas mulheres que esperavam há algumas horas. Não foi discutido se era cesariana ou parto normal, mas a conversa era de quem é SUS tem que passar por aquela situação de espera, e, às vezes,

aguardar com fome em uma cadeira pouco confortável ou até mesmo em pé até ser avaliada. As mulheres questionavam o porquê da diferença no atendimento e a situação a que estavam expostas. Naquele momento, chegou a obstetra do bloco e disse que logo atenderia a todas. Eu aproveitei o momento e realizei o convite para participação da pesquisa e me disponibilizei a retornar outro dia, a obstetra foi muito solicita e disse que se eu esperasse mais duas horas, o plantão iria acabar e assim poderíamos conversar. Assim continuei aguardando no mesmo lugar e escutando sobre os descontentamentos das mulheres e sobre a espera longa para o atendimento. Quando a obstetra acabou o plantão, fomos para uma sala de aula destinada a discussão de casos no CO. Naquele momento, a obstetra me pediu desculpas pela demora se justificando por ser um plantão com muitas internações e procedimentos. Sentamos uma ao lado da outra expliquei sobre a pesquisa e apresentei o TCLE. A entrevista se deu de forma interessante, e ainda que a obstetra trabalhasse só naquele CO, também, referiu sobre suas experiências em outros locais de trabalho, como a realização do Pré-Natal em Unidades Básicas de Saúde. Embora estivesse com uma face que mostrava uma longa jornada de trabalho, referiu a importância de momentos como aquele para a reflexão da prática profissional. Ao final da entrevista agradeci como de costume e encerramos. Então a obstetra me perguntou se eu gostaria de entrevistar a próxima colega que havia entrado no plantão, eu disse que sim.

Obstetra 8: Enquanto aguardava, me chamou atenção que embora estivesse um plantão tumultuado, as obstetras estavam muito dispostas a colaborar com a pesquisa. E a rotina desta profissional era um pouco diferente das demais, uma vez que trabalhava como preceptora do centro obstétrico à noite, e, pelas manhãs, era responsável por atender gestantes que apresentavam gravidez de alto-risco, favorecendo seu vínculo com algumas gestantes que estavam internadas. A entrevista foi muito tranquila e diferente das demais pelas experiências da obstetra com mulheres em gestação de alto-risco. A profissional referiu em vários momentos o quanto a palavra alto-risco está relacionada à cesariana, e as dificuldades de convencer as mulheres que estão internadas pelo SUS de que a cesariana também apresenta riscos e que nem sempre quando a gestação é de risco a cesariana é a melhor escolha. Ao final de entrevista agradeci a participação e nos despedimos. Fiquei alguns momentos a mais na sala registrando as impressões do campo daquela tarde que considerei tão produtiva.

Obstetra 9: Entrevistar esta obstetra não foi uma tarefa fácil. Os dias em que ela estava de plantão no CO eram tumultuados, o que dificultava para ela pudesse me receber. Foram três tentativas sem sucesso, a obstetra marcava uma nova data e devido às intercorrências não era possível realizar a entrevista. Sendo assim, conversei com uma enfermeira que trabalhava no CO do outro hospital que a obstetra também realizava plantões, tentei mudar a rota na tentativa de entrevistá-la. Em um final de tarde chuvoso, a obstetra chegou ao hospital e a enfermeira conversou com ela sobre a entrevista. O plantão estava tranquilo e a mesma se disponibilizou a participar. Quando entrei na sala da residência em obstetrícia, a mesma já me esperava e ressaltou minha perseverança em realizar a entrevista, pois afinal estava difícil. A sala tinha uma mesa retangular com seis cadeiras e dois computadores. A obstetra estava sentada na cabeceira e pediu para que eu sentasse próximo. Então expliquei sobre a pesquisa e entreguei a carta convite e o TCLE, a qual leu rapidamente e assinou o TCLE. Liguei o gravador e começamos a entrevista. O clima da entrevista era tranquilo, não houve interrupções, porém, a obstetra parecia ter receio em falar sobre algumas questões, como por exemplo, a consulta de pré-natal, e, algumas vezes, utilizava a expressão “isso fica difícil te responder”. Quanto à consulta de pré-natal, a profissional referiu que não acompanhava as consultas dos acadêmicos, apenas conferia as informações, e se houvesse necessidade de algum atendimento especializado, se deslocava até a gestante, fato que dificultava falar sobre sua atuação no pré-natal. Sobre sua atuação no CO, houve alguns períodos de silêncio e depois a obstetra dava continuidade à fala. Em algumas questões sobre a cesariana também foram permeados por de silenciamento. Foi uma entrevista diferente, porém acredito que o dizível e o visível também são discursos, então ao final agradeci, como de costume, e nos despedimos.

Obstetra 10: Ao chegar ao CO, a equipe de enfermagem logo me informou que era um plantão calmo e que a obstetra era tranquila e, que por estar na condição de gestante, iria me receber. Logo fui anunciada pelo telefone e ela pediu para que eu fosse até o quarto em que estava descansando. O quarto era pequeno, havia um sofá cama, uma cama e uma mesa com uma televisão ligada com volume baixo. A obstetra me aguardava sentada no sofá cama e, quando cheguei, levantou e me recebeu com um aperto de mão e dois beijos no rosto, dizendo que estava gestando uma menina e que seu parto anterior havia sido vaginal. Sequencialmente,

antes mesmo de iniciar a entrevista, referiu o quanto era a favor do parto vaginal e as dificuldades de trabalhar com a hipótese do parto vaginal nos dias atuais com as mulheres do SUS, pois naquele momento só atuava como preceptora do plantão no CO do hospital pelo SUS. Depois das colocações da obstetra, falei sobre os objetivos da pesquisa, a mesma concordou em participar e logo já começamos a entrevista. A obstetra falou sobre suas experiências com o processo de parturição, relacionando as questões sobre a cesariana e o parto vaginal, sobre os limites, dando ênfase na questão da dor, as dificuldades que a falta de disponibilidade da analgesia no trabalho de parto dificulta a condução do parto vaginal na instituição. Ao término da entrevista agradeci a participação e encerramos.

Obstetra 11: Ao chegar ao CO, como de costume, encontrei a obstetra 04, que já havia realizado a entrevista, a qual me abordou dizendo: “a outra colega que está de plantão ainda não respondeu a pesquisa, aguarda um pouco que vou falar com ela”. Aos poucos fui percebendo, que já estava ficando conhecida pela equipe de enfermagem e pela equipe de obstetras, o que facilitava a participação daqueles que ainda não haviam participado da entrevista. Logo, a obstetra 04 retornou e disse que iria ao bloco e que a sua colega iria me receber no quarto. O quarto dos obstetras era o mesmo descrito anteriormente, a obstetra me esperava sentada no sofá cama com as pernas em cima do sofá em formato de “borboleta”. Descrevo esta cena, pois ao adentrar no quarto e vê-la sentada desta forma, me deu uma sensação de recepção calorosa, o que me deixou confortável para conduzir a entrevista. Percebi também que o fato das obstetras, 04 e 11, terem conversado sobre a entrevista, facilitou a participação da obstetra 11 e a recepção. Ao chegar ao quarto, nos cumprimentamos, apresentei a pesquisa e após a assinatura do TCLE iniciamos a entrevista. A obstetra solicitou que a porta do quarto permanecesse aberta, caso alguém precisasse solicitá-la. A profissional iniciou contando sua longa experiência com a obstetrícia, sobre as dificuldades de se trabalhar no SUS, visto que as mulheres solicitam a cesariana e não podem fazer porque é necessário seguir os protocolos com relação ao parto vaginal, e colocou-se como incentivadora deste, uma vez que seus filhos nasceram por esta via de parto. Entretanto, a obstetra falou por diversas vezes o quanto é difícil trabalhar na mesma instituição atendendo mulheres SUS e convênio, e o quanto é difícil dizer para a mulher no SUS que não dá para fazer a cesariana solicitada. Passados 12 minutos de entrevista, foi solicitada por um acadêmico em medicina para auxiliar em uma

avaliação obstétrica. O que me chamou atenção neste episódio foi o pedido da obstetra para que eu não pausasse a entrevista, mas que desligasse o gravador e ligasse novamente quando ela retornasse. Então desliguei o gravador e aguardei por 10 minutos, após o retorno da obstetra liguei o gravador e retornamos do ponto em que havíamos pausado. A profissional por várias vezes usou a expressão que médico é aquele que tem o conhecimento para decidir a via de parto, e, em um tom tranquilo, gesticulava com as duas mãos para afirmar seu posicionamento. Ao final da entrevista agradeci a participação e me despedi.

Obstetra 12: Ao chegar ao CO, fui recebida pela enfermeira que de antemão relatou-me que a obstetra que estava no plantão era muito tranquila e que provavelmente me receberia. Após a enfermeira ligar para o quarto dos obstetras, informou-me que a obstetra me aguardava. Ao entrar no quarto, a profissional estava sentada no sofá cama com o computador sobre as pernas, e relatou que estava realizando um trabalho do mestrado e que me recebeu porque conhecia as dificuldades de uma pesquisadora. Logo, apresentei a pesquisa e mesma assinou o TCLE. Após ligar o gravador, conversamos um tempo sobre as pesquisas e o quanto são importantes para auxiliar no contexto da saúde. Ao adensar a questão sobre o processo de parturição, devido ao fato de atuar em um centro de parto normal, a obstetra discorreu sobre as práticas realizadas no centro de parto normal e a importância da atuação da equipe multidisciplinar no processo de parturição, citando por algumas vezes a importância da enfermeira obstetra e da doula, fato que ainda não havia sido mencionado nas demais entrevistas. Apontou ainda, o retorno do desejo das mulheres, mesmo que de forma tímida, pelo parto vaginal, atribuindo este fato, principalmente, à mídia, visto que tem divulgado mais a participação das mulheres no parto vaginal. Também, foram apontadas questões sobre como conduzir o desfecho do parto, tentando sempre considerar a participação da gestante. Ao final da entrevista, agradeci a participação, desliguei o gravador e me despedi.

Obstetra 13: Esta era a última obstetra a ser entrevistada, e visto que trabalhava em outros hospitais, consegui o contato com uma enfermeira e fui até o hospital filantrópico em que estaria de plantão naquele dia. Cheguei ao final da tarde, o CO estava calmo, porém não conhecia a obstetra nem os demais membros da equipe de saúde. Ao chegar, perguntei se a obstetra se encontrava, a secretária disse que sim e ligou anunciando que havia uma moça que gostaria de fazer uma

entrevista. A profissional pediu que eu fosse até o quarto, pois estava no horário de repouso. Ao entrar no quarto, observei que era diferente dos outros quartos que havia entrado anteriormente. Talvez por não ser um hospital de ensino, havia uma cama, um frigobar uma cadeira ao lado da cama e um guarda-roupas, com pouca iluminação, uma arquitetura antiga e paredes amarelas, muito semelhante a uma enfermaria de hospital. A obstetra não usava jaleco, mas um pijama cor de rosa com vários broches na blusa. Essa roupa, sem dúvida, descontraia o clima sombrio do quarto. Logo, solicitou que eu entrasse, justificou que estava no quarto pois era seu intervalo, e me convidou para sentar na cadeira, sentando-se, assim, na cama ao lado. Então, perguntou-me sobre a pesquisa, expliquei-a, entreguei a carta convite e após a leitura entreguei o TCLE. Inicialmente, a obstetra falou sobre a sua paixão em partejar e que é algo que já faz há alguns anos, foram aproximadamente 5000 partos. Contou sobre a sua experiência com o parto vaginal e que sempre o preconiza. Abriu o guarda-roupa de madeira antigo e me mostrou suas diversas vestimentas coloridas, que segundo ela é para descontrair no momento do parto. Falou sobre sua rotina intensa de trabalho e como era sua atuação no processo de parturição em cada uma das instituições, devido ao fato de atender SUS e convênio. Foi uma conversa longa e descontraída, tanto que em um momento a obstetra pediu licença e enquanto conversava comia bananas, deixando a entrevista leve e tranquila. Falou sobre a importância do diálogo, seja para qualquer tipo de parto, e a relação de confiança que é necessário desenvolver com a gestante e os familiares. Ao final de entrevista agradeci e me despedi. Fui rapidamente para casa anotar minhas observações do campo, já que havia sido diferente dos demais. Neste momento, encerrei as entrevistas com os obstetras, feliz por ter concluído mais uma etapa da tese, e a partir de então começaria a procurar as puérperas para dar sequência às entrevistas.

4.3 Caracterização das puérperas

Puérpera	Internação para o parto	Idade	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Consulta de Pré-natal/ local	Número de gestações	Renda familiar /salários mínimos
01	Convênio	37	Casada	Superior Completo	Prof. Univ.	10	01	10
02	SUS	28	Separada	Ensino Médio Completo	Agricultora	09	02	02
03	Convênio	37	Casada	Superior Completo	Jornalista	10	02	15
04	SUS	33	Casada	Ensino Médio Completo	Secretária	08	02	03
05	Convênio	36	Casada	Superior Completo	Enfermeira	12	01	06
06	SUS	20	Casada	Ensino Médio Incompleto	Do lar	08	01	01
07	Convênio	33	Solteira	Superior Completo	Administradora	09	01	
08	SUS	35	Casada	Ensino Médio Incompleto	Do lar	18	03	02
09	Convênio	41	Casada	Superior Completo	Professora	12	01	07
10	SUS	25	Casada	Ensino Médio Completo	Secretária	09	02	02
11	Convênio	36	Casada	Superior Completo	Enfermeira	12	02	07
12	SUS	25	Casada	Ensino Médio Completo	Do lar	09	02	01
13	SUS	23	Casada	Ensino Médio Completo	Do lar	13	02	01

Figura 2 – Dados da Pesquisa. .

4.4 Apresentação das Puérperas

Apresento de forma mais detalhada as puérperas participantes do estudo, pois como citei na apresentação dos obstetras o discurso para Foucault é prática (FOUCAULT, 2010a).

Puérpera 1: internação por convênio, 37 anos, casada, professora universitária, primeira gestação, realizou 10 consultas de pré-natal no consultório da obstetra pelo convênio, renda de familiar de 10 salários mínimos. Após ter conversado com a enfermeira, dirigi-me à enfermaria em que a puérpera se encontrava sentada na cama olhando para seu filho que dormia no berço aquecido, onde realizava fototerapia[4]. O quarto era privativo, havia uma cama, o berço aquecido, um sofá cama para o acompanhante, uma poltrona ao lado da cama e um banheiro. Estava somente a puérpera no quarto, era um ambiente tranquilo, silencioso e escuro, pois a luz estava desligada. Apresentei-me à puérpera e falei sobre a pesquisa, estendendo, assim, o convite e explicando que a pesquisa seria no domicílio e que após a alta-hospitalar eu entraria em contato ou poderia agendar ali mesmo um horário para realizá-la. No entanto, fui surpreendida quando ela me perguntou: “Não pode ser agora? Porque eu estou sozinha aqui, minha mãe e meu esposo precisaram ir em casa, e eu preciso conversar um pouco”. Então aceitei, pois estávamos sozinhas no quarto e o bebê estava dormindo tranquilamente. A puérpera era muito receptiva, entretanto, pude perceber a expressão de desgaste físico e emocional que estava - descorada, com olheiras, falando pausadamente e com uma riqueza de detalhes sobre a sua estadia no hospital. Quando expliquei sobre a pesquisa, a puérpera referiu sobre a importância das pesquisas sobre o parto e das mães terem a oportunidade de falar sobre suas experiencias no parto (notei que a puérpera precisava falar e ser ouvida). Então, após ler o TCLE e aceitá-lo, iniciamos a pesquisa. Sentei na poltrona ao lado da cama e ela sentou na cama, não na posição em que normalmente uma paciente senta, mas com as pernas para fora. Às vezes, levantava para olhar o bebê, que dormiu durante toda a entrevista. A puérpera iniciou dizendo que já estava hospitalizada desde o parto, há 06 dias,

---

[4] Tratamento de emissão de luz para icterícia neonatal, onde o comprimento de onda ideal para a absorção da bilirrubina-albumina compreende a faixa azul de 425 a 475nm (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2013).

devido à internação do bebê na unidade semi-intensiva e a icterícia neonatal [5]que apresentou. A puérpera iniciou falando sobre a frustração em precisar realizar a cesariana. Falou de todo o estudo e preparação para o parto vaginal, desde a procura da obstetra que o realizasse, até a preparação física e psicológica. Porém, devido à presença de diabetes gestacional não foi possível o parto vaginal. Ao falar sobre a cesariana, utilizou a palavra frustação, pois necessitou ficar amarrada durante a cesariana, participando pouco do evento. Relatou ter se preparado para o parto vaginal, como aconteceria e como seguraria o filho após o nascimento. Mas como o bebê precisou ir para unidade semi-intensiva, não foi possível amamentá-lo no pós-parto e, devido aos pontos e a dor do procedimento cirúrgico, a mãe conseguiu ver o bebê somente no outro dia. Ao relatar isso, chorou, pois confessou não ter coragem de compartilhar com a mãe e o marido a frustração com a cesariana e o que estava sentindo, visto que eles não a entenderiam, uma vez que estava tudo se encaminhando da melhor forma com o bebê. Ela falou com riqueza de detalhes e disse que precisava falar e ser ouvida. Ao final da entrevista, agradeceu por aquele momento de desabafo e eu agradeci pela entrevista, nos despedimos. Após, sentei em uma cadeira no corredor da maternidade para anotar minhas impressões sobre o campo e observei o quanto é importante ouvir a puérpera e o quanto ela precisava ser ouvida.

Puérpera 2: internação pelo SUS, 28 anos, separada, reside no interior do município de Pelotas, trabalha no plantio e na colheita de fumo, segunda gestação, realizou nove consultas de pré-natal particular no consultório da obstetra, renda familiar de 02 salários. Após ter anotado minhas impressões da primeira entrevista, fui até a enfermaria em que havia 04 leitos. Ao chegar à enfermaria, cumprimentei as pessoas que ali estavam e me dirigi à cama em que a puérpera 2 se encontrava. Ela estava sentada na cama e sua mãe estava sentada na poltrona quando expliquei sobre a pesquisa e realizei o convite. A paciente aceitou participar e também pediu que a entrevista ocorresse ali na maternidade, porque o bebê estava na Unidade de Terapia Intensiva neonatal e porque receberia alta no dia seguinte. Como a enfermaria estava com várias pessoas, fui até o posto de enfermagem conversar com a enfermeira sobre a possibilidade de uma sala para que a entrevista fosse

---

[5] É definida como a concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,5mg/dL ou de bilirrubina direta (BD) maior que 1,5mg/dL, desde que esta represente mais que 10% do valor de bilirrubina total (BT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

realizada. A enfermeira me concedeu uma sala que os residentes e estudantes utilizam para discussão de casos clínicos. Então retornei ao quarto e convidei a puérpera para se deslocar até a sala. Na sala, havia várias cadeiras, então sentamos uma ao lado da outra. Após a assinatura do TCLE, iniciamos a entrevista. A puérpera iniciou contando que tinha uma menina de nove anos e que a recente gestação havia sido uma surpresa, mas que, mesmo assim, foi bem recebida. Contou que apresentou hipotireoidismo durante a gestação, ocasionando um parto prematuro, de 26 semanas. Relatou que seu primeiro parto foi vaginal e que esperava que o segundo também fosse, porém, devido às complicações, necessitou realizar a cesariana de emergência. Segundo a puérpera, o pós-parto da cesariana foi o mais complicado, mas o que importava naquele momento era a saúde do filho. Conversamos sobre o processo da gestação até o pós-parto, e ao finalizar a entrevista me despedi e desliguei o gravador. Sentei na maternidade mesmo para escrever sobre a tarde, com duas entrevistas de mulheres tão diferentes e as percepções que cada uma teve sobre o seu parto. Percebi o quanto falar no pós-parto imediato possibilita uma riqueza de detalhes que fazem toda diferença, e o quanto as mulheres necessitam falar, desabafar e expressar suas percepções sobre o parto.

Puérpera 3: internação por convênio, 37 anos, nível superior completo, Jornalista, segunda gestação, 10 consultas de pré-natal no consultório do obstetra por convenio, casada, 15 salários mínimos. Após realizar o contato no hospital e o convite, a puérpera aceitou o convite e combinamos em sua residência uma semana depois. No dia anterior a data estipulada, contatei a puérpera pelo telefone a qual confirmou o horário, às 10:00h. Era uma manhã chuvosa, cheguei ao condomínio aonde a puérpera residia às 09:30, e fiquei aguardando junto ao porteiro até o horário combinado. Confesso que estava ansiosa, pois seria a primeira entrevista no domicílio. Ao chegar ao apartamento, a puérpera me recebeu com o bebê em seu colo, me convidou para sentar no sofá da sala, e, visto que o bebê estava dormindo, colocou-o no bebê conforto para que pudéssemos conversar. A puérpera vestia uma calça e uma blusa de malha. O apartamento era um ambiente aconchegante, havia várias almofadas no sofá para auxiliar durante a amamentação. A recepção foi muito calorosa, a puérpera falou sobre os dois partos e do seu desejo pela cesariana, e o quão bem ela ficava após o procedimento. Conversamos sobre sua rotina, pois seu marido trabalhava no Rio de Janeiro, e o quanto a cesariana os auxiliou na

programação do parto. Após 20 minutos de entrevista, a filha de 04 anos chegou com a babá, a menina ficou brincando no tapete da sala, fato que não interferiu na entrevista. Fato interessante foi a força com que a puérpera lutou pela cesariana, e o quanto se preparou para esse tipo de parto. Após encerrar a entrevista, desliguei o gravador me despedi. Saí do apartamento pensando o quão diferente são os contextos das mulheres e os desejos em relação aos tipos de parto.

Puérpera 4: internação pelo SUS, 33 anos, ensino médio completo, secretária, segunda gestação, realizou oito consultas de pré-natal, quatro consultas na UBS e quatro consultas consultório da obstetra por convênio. Após fazermos contato prévio no hospital, marcamos para uma semana após o parto em seu domicílio. Ao chegar ao domicílio da puérpera às 14:30, conforme agendado previamente, a puérpera caminhava com dificuldade devido à dor na incisão da cesariana. Sentei no sofá da sala, o bebê dormia no carrinho de bebê e a puérpera conversava comigo embalando o carrinho. Contou sobre as dificuldades apresentadas no pré-natal, em razão de seu sobrepeso e por ter desenvolvido hipotireoidismo[6] na gestação. Relatou que o pré-natal foi bem difícil, pois não tinha uma boa relação com a obstetra da Unidade Básica de Saúde. Conversou sobre os medos e as angústias do parto, e, principalmente, por ter que utilizar o SUS e saber que não poderia solicitar a cesariana. A puérpera relatou que a gestação anterior havia sido por convênio e que por essa razão conseguiu fazer a cesariana, entretanto, sabia que pelo SUS não seria possível. Um fato que me chamou atenção, foi quando a puérpera relatou que antes de sair para maternidade, orou com o marido para que seu parto fosse uma cesariana, pois sentia medo quanto às possíveis complicações com o parto vaginal. Relatou que quando soube que seria uma cesariana ficou muito aliviada e também pelo fato do esposo conseguir acompanhá-la no bloco cirúrgico. Durante a entrevista, o esposo chegou ao domicílio, olhou o bebê e se dirigiu ao quarto. Continuamos a entrevista. Após o término da entrevista, desliguei o gravador e me despedi.

Puérpera 5: Internação por convênio, 36 anos, ensino superior completo, enfermeira, primeira gestação, casada, 12 consultas de pré-natal no consultório do obstetra por convênio, cabelo liso e solto, vestia pijama cinza. Como de costume,

---

[6] Resulta de níveis subótimos de hormônio tireoidiano. A deficiência da tireoide pode afetar todas as funções orgânicas (BRUNNER E SUDDARTH, 2017).

cheguei ao quarto da puérpera e fiz o convite para participar da pesquisa, a mesma estava sentada no sofá. Visto que era um quarto privado e só havia a puérpera e uma acompanhante, a puérpera concordou em participar, no entanto, solicitou que fosse naquele momento, pois em casa seria mais complicado. Assim, a acompanhante foi até o restaurante do hospital. Era o segundo dia do pós-operatório da cesariana e a puérpera ainda apresentava olheiras, mas referiu estar passando bem o pós-parto. O bebê dormiu durante toda a entrevista em seu colo. Inicialmente, a entrevistada contou sobre a dificuldade em engravidar, pois ela e o esposo tentaram durante um ano a gestação e ao final deste período conseguiram. Sobre o pré-natal, falou, mais sucintamente, que as consultas eram normais, então precisei lançar mão de outras questões para aprofundar as respostas. Ressaltou durante a fala que sempre optou pela cesariana em virtude de sua vivência enquanto enfermeira, posto que, acompanhou o sofrimento de muitas mulheres durante o trabalho de parto. Assim, decidiu desde o início, junto ao esposo, que seria cesariana. A cesariana, segundo a puérpera, ocorreu de forma tranquila, e o bebê nasceu bem. Ao final da entrevista me despedi e agradeci.

Puérpera 6: internação pelo SUS, 20 anos, ensino médio incompleto, primeira gestação, do lar, realizou oito consultas de pré-natal, iniciou na UBS por se tratar de gestação de risco e foi encaminhada ao ambulatório de medicina, casada. Após ter conversado com a enfermeira, me dirigi até o quarto da puérpera. Era um quarto grande, bem arejado, com 06 camas com berços para os bebês ao lado e poltronas para os acompanhantes. Quando cheguei ao quarto, a puérpera vestia uma camiseta e uma calça de malha na cor preta e estava com os cabelos presos. Sentada na cama e segurando a filha com uma mão, gesticulava com a outra e falava em alto tom do preconceito que havia enfrentando por ser portadora do HIV para as demais puérperas. Fiquei esperando a puérpera terminar, um pouco aflita, pois, pelo que falava, achei que não aceitaria o convite. Assim que concluiu o assunto, me apresentei e realizei o convite para ela e outra puérpera do quarto que também havia realizado a cesariana. Para minha surpresa, a puérpera aceitou, dizendo que precisava falar sobre tudo o que aconteceu. Logo, nos dirigimos à sala, e, após ter assinado o TCLE, a puérpera começou a relatar desde o pré-natal de risco, porque além de ser soro positivo, apresentou sífilis recorrente na gestação, entretanto fez corretamente o tratamento. Durante a entrevista, por alguns momentos, a entrevistada gesticulava com expressões fortes de indignação, pois

durante o pré-natal foi esclarecido que poderia ter parto vaginal devido sua carga viral[7] ser indetectável, entretanto, ao entrar em trabalho de parto, peregrinou em busca de leito obstétrico em três maternidades do município, e por fim conseguiu leito somente no hospital participante da pesquisa. A puérpera relatou que, em uma das maternidades por onde peregrinou, a obstetra não quis realizar o toque vaginal, pelo fato de que seu parto seria uma cesariana, o que gerou certa indignação, pois queria ter parto vaginal. Todavia, estava conformada pelo fato da filha ter nascido bem. Mesmo querendo o parto normal, a puérpera relatou que em meio à dor do trabalho de parto não questionou a cesariana, porque queria que a criança nascesse bem e acreditava que os obstetras sabiam o que era melhor. Ao final da entrevista nos despedimos. Em seguida, fiquei por um momento sozinha na sala, o que me permitiu problematizar um pouco sobre as diferenças nos discursos das mulheres que tiveram seus partos pelo SUS e convênio. Não me refiro à diferença financeira somente, mas nas relações com o obstetra, com a instituição, com o recém-nascido, nas lutas e enfrentamentos que cada mulher trava para realizar sua escolha ou desejo, e o quanto a mulher, seja SUS ou convênio, participa, luta e resiste pela cesariana.

Puérpera 7: internação por convênio, 33 anos, ensino superior completo, administradora, primeira gestação, solteira, nove consultas de pré-natal no consultório médico por convênio. Ao chegar ao quarto, encontrei a puérpera sentada na cadeira, vestida com um pijama rosa claro e com cabelos presos. A janela do quarto estava aberta e o sol levemente entrava no quarto. Havia uma acompanhante sentada no sofá cama segurando o bebê. Assim, me apresentei e realizei o convite, perguntando à puérpera se gostaria de realizar a entrevista no domicílio, no entanto, ela preferiu que ocorresse no quarto. A acompanhante colocou o bebê no berço e saiu do quarto para que pudéssemos conversar. A puérpera referiu que a gravidez não foi planejada e que quando descobriu já estava com oito semanas, mas que a gestação foi recebida com muito amor e carinho. A entrevistada falava baixo, olhando para o chão, e, algumas vezes, precisei pedir para que repetisse o que estava falando, pois não entendia. Ao longo da conversa, expressou que desejava o parto normal por influência da mãe e das amigas, porém o bebê estava pequeno

---

[7] A carga viral é um prognosticador melhor do risco de progressão da doença pelo HIV do que a contagem de CD4+. Quanto mais baixa a carga viral, mais longo o tempo até o diagnóstico da AIDS e mais longo o tempo de sobrevida (BRUNNER E SUDDARTH, 2017).

para a idade gestacional, e, em vista disto, a obstetra achou melhor realizar a cesariana. O pós-parto estava sendo tranquilo, e naquela tarde teria alta hospitalar. Durante a entrevista houve alguns momentos de silêncio, então busquei retomar algumas questões. Ao final da entrevista agradeci e nos despedimos.

Puérpera 8: internação pelo SUS, 35 anos, ensino médio incompleto, do lar, terceira gestação, dois salários mínimos, realizou 18 consultas de pré-natal, nove na UBS e noveno consultório particular. Como de costume, cheguei ao posto de enfermagem e recebi a lista das puérperas pós-cesariana. Ao entrar na enfermaria, percebi que havia um número maior de pessoas, em virtude do horário de visita, sendo assim, me dirigi até o leito da puérpera, a qual estava sentada na cama em companhia de sua mãe. Logo, fiz o convite e prontamente a puérpera aceitou, deixando o bebê com a mãe e seguindo-me até a sala onde realizaríamos entrevista. Ela vestia camiseta cor cinza e calça preta, com cabelos presos. Ao iniciar sua fala, relatou que se tratava para depressão há 10 anos e que durante a gestação continuou com o tratamento. Visto que residia no município de Piratini, realizou o pré-natal na UBS do município e em uma clínica particular, devido ao medo de intercorrência, pois o filho maior apresentou hipóxia no momento do parto. Contou sobre o caráter rotineiro do pré-natal da UBS, o qual estava pautado em verificar pressão arterial, ausculta dos batimentos cardio-fetais e medição da altura uterina. Entretanto seus medos e anseios em relação a gravidez e parto não foram considerados na UBS e sim na clínica particular, ao comentar sobre seus medos e os episódios de tristeza durante a gestação chorou. Estava bastante ansiosa, pois o recém-nascido havia convulsionado após o parto, e estava aguardando o parecer do pediatra. Relatou sobre o desconforto da dor no pós-operatório e as dificuldades de amamentar e cuidar do recém-nascido, pois na gestação anterior teve parto vaginal, porém não sabia relatar de fato o porquê realizou cesariana, mas aceitava bem o procedimento porque seu filho estava bem. Ao final da entrevista desliguei o gravador e nos despedimos.

Puérpera 9: internação por convênio, 41 anos, ensino superior completo, professora no ensino médio, casada, primeira gestação, realizou 12 consultas de pré-natal no consultório da obstetra por convênio. Cheguei no quarto e deparei-me com a puérpera, sua mãe e esposo conversando em pé, pois há pouco tempo haviam retornado da UTI pediátrica. A puérpera vestia um pijama azul claro e estava com cabelo solto. Apresentei a pesquisa e fiz o convite, a puérpera aceitou e

concordou que a entrevista acontecesse no quarto, pois no dia seguinte o bebê receberia alta hospitalar e a não conseguiria me receber no domicílio. O esposo e a mãe nos deixaram sozinhas e iniciamos a entrevista. A puérpera estava muito animada com a notícia da alta hospitalar do bebê e iniciou a conversa relatando que era sua primeira gestação, mas que já era mãe de uma menina de 10 anos. Até a gravidez, sabia que não possuía possibilidade de engravidar, entretanto, a notícia foi bem recebida assim que descobriram a gestação com 20 semanas. Por apresentar diabetes mellitus[8], o pré-natal foi de alto-risco, sendo permeado por várias consultas e exames. Entretanto, ocorreu sem alterações, e a decisão pela cesariana foi por indicação da obstetra, devido ao fato da puérpera apresentar diabetes mellitus. A decisão da cesariana foi bem aceita pela gestante e pelos familiares. 04 dias antes da data prevista para a cesárea, a puérpera entrou em trabalho de parto, e apesar disso foi de acordo com o esperado e a recuperação do pós-parto também. Ao término da entrevista agradeci e nos despedimos.

Puérpera 10: internação pelo SUS, 25 anos, ensino médio completo, secretária, casada, segunda gestação, realizou 09 consultas de pré-natal na UBS. A entrevista aconteceu no hospital em uma sala da aula, pois o quarto era para seis puérperas. A puérpera entrevistada disponibilizou-se a participar da pesquisa e contou sobre suas consultas de pré-natal no posto de saúde. Vestia camiseta branca e calça moletom. A puérpera foi receptiva, falou desde a descoberta da gestação até o parto. Segundo a puérpera, a primeira consulta foi a mais demorada, pois houver questionamentos sobre a história clínica e das gestações anteriores, orientações sobre as vacinas e solicitação de exames. Pelo fato de ser a segunda gestação, a entrevistada referiu que já sabia como era o pré-natal e o que aconteceria em cada período da gestação, e que por esta razão não sentiu falta das orientações. A decisão pela cesariana se deu pela ausência de dilatação da puérpera, que aceitou bem a notícia, pois havia enfrentado a mesma situação na gestação anterior. Embora tivesse conhecimento sobre os benefícios do parto normal, a puérpera referiu sentir-se bem com a decisão da equipe de obstetras pela cesariana. Na gestação anterior sofreu muito durante o processo de indução do parto vaginal, e por não apresentar dilatação, necessitou realizar cesariana. Em vista disso, a escolha da

---

[8] Distúrbio metabólico de etiologia múltipla caracterizado fundamentalmente por hiperglicemia decorrente da secreção deficiente de insulina e/ou da sua capacidade de exercer adequadamente as suas ações periféricas nos diversos órgãos (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008. p. 343).

cesárea na gestação atual foi bem recebida. Ao final da entrevista agradeci a participação e nos despedimos.

Puérpera 11: internação por convênio, 36 anos, ensino superior completo, enfermeira, casada, 12 consultas de pré-natal no consultório da obstetra por convênio, segunda gestação. Dirigi-me ao quarto da puérpera a qual se encontrava sentada na cama vestida com uma camisola verde, sua mãe na poltrona ao lado e sua filha dormindo no berço ao lado da cama. Chamou-me a atenção o cabelo liso e comprido. Quando realizei o convite para participar da entrevista, a puérpera aceitou e pediu para que acontecesse ali mesmo no hospital, pois sua casa estava em reforma para receber o bebê. Após estarmos a sós, iniciei a entrevista. A puérpera descreveu com detalhes sua primeira gestação, a qual foi uma gestação ectópica[9] e interrompida com 16 semanas, fato doloroso a ela e ao esposo, pois haviam planejado a gestação, e também pelo processo do pós-operatório que foi doído. Após dois anos, a puérpera contou que tentaram engravidar e conseguiram. Assim, procuraram uma obstetra que atendesse pelo plano de saúde do casal. Embora a puérpera contasse com detalhes o processo de parturição, apresentava um olhar triste, por vezes olhava para baixo e em alguns momentos da entrevista chorou. Sua decisão, junto ao esposo, era o parto vaginal em virtude de sua profissão, enfermeira, e seus conhecimentos em relação aos benefícios do parto normal, além do pós-operatório da gestação ectópica. Ressaltou inúmeras vezes a resistência da obstetra em relação ao parto vaginal durante o pré-natal, visto que questionava sua escolha alegando que o bebê seria muito grande, dentre outras coisas. Na metade da gestação, o casal pensou em trocar de obstetra, pois percebeu que seria difícil escapar da cesariana, mas não tiveram coragem. Referiu que apresentava um mioma uterino[10] e à medida que foi identificado pela obstetra, o parto vaginal foi contraindicado. A puérpera referiu ter se frustrado com a cesariana, pois gostaria de ter participado do parto, e, além disso, sentiu dor intensa no pós-operatório e

---

[9] Ocorre quando o ovo se implanta fora do útero, podendo ser tubária, ovariana e abdominal (Montenegro e Rezende Filho, 2008, pag 234).

[10] Tumores uterinos benignos formados por tecido muscular. Acometem as mulheres principalmente na fase reprodutiva da vida, isto é, na fase em que menstruam e podem engravidar. A causa é desconhecida, mas sabe-se que seu crescimento depende de fatores hormonais, diminuindo de tamanho após a menopausa. Podem ser únicos ou múltiplos e desde bem pequenos até atingir enormes volumes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

dificuldade para amamentar. Mencionou também a falta que sentiu de um apoio, nem que fosse para tentar o parto normal e poder dizer que tentou. Embora tenha aceitado a cesariana e o bebê tenha nascido bem, sentia-se frustrada por ter concordado com a obstetra. Ao final da entrevista agradeci e nos despedimos.

Puérpera 12: internação SUS, 25 anos, ensino médio completo, do lar, segunda gestação, nove consultas de pré-natal na UBS. Realizei o convite no quarto da puérpera, a qual estava acompanhada pelo esposo, e agendamos a entrevista para ser realizada na semana seguinte no domicílio. Quando realizei o convite, a puérpera referiu que gostaria muito de conversar sobre o pré-natal. No dia combinado, desloquei-me até o domicílio da gestante, a qual estava me aguardando com o bebê dormindo na sala e a filha mais velha, de quatro anos, brincando. A casa era pequena e a sala apresentava pouco espaço, então sentei em uma cadeira ao lado do sofá. No momento da entrevista a puérpera não falou muito sobre o pré-natal, e quando a questionei sobre o que havia dito que me contaria, a mesma declarou que aquele momento já havia passado e que estava tudo bem, mas que na maternidade, ao verificarem a carteira de pré-natal, perceberam que ela havia desenvolvido diabetes gestacional, e que não foi tratada nem acompanhada durante a gestação, fato que colaborou para que os níveis de glicose se elevassem durante o trabalho de parto e fosse necessário a cesariana. A puérpera narrou que gostaria de realizar a cesariana, pois na gestação anterior apresentou dores intensas no trabalho de parto e sofreu muito. Além disso, falou sobre o processo de parturição, mas como estava olhando televisão, às vezes, fazia algumas pausas e depois continuava. Quanto à cesariana, relatou ter se sentido bem durante e após o procedimento, pois não sentiu dor e foi um processo rápido. Ao final da entrevista, agradeci e me despedi.

Puérpera 13: internação SUS, 23 anos, ensino médio completo, do lar, segunda gestação, casada, 13 consultas de pré-natal na UBS e ambulatório devido à gestação de alto risco. Assim que adentrei no quarto, vi a puérpera, vestia blusa verde e calça de malha preta, estava com o esposo e a sogra. Ao realizar o convite para participar da pesquisa, a gestante aceitou e o esposo e a sogra pediram para que ela me contasse o que estavam passando. Acredito que naquele momento eles precisavam de alguém que os ouvisse, assim, a puérpera me acompanhou até a sala, carregando tristeza em seu olhar. Considero que a entrevista foi marcante, pois ouvir aquelas palavras e observar a expressão que naquele momento que não era

de indignação, mas de sofrimento, foi um desafio. A puérpera iniciou falando que seu bebê estava na UTI, pois haviam demorado demais para realizar a cesariana e o mesmo entrou em sofrimento fetal. Durante a gestação esteve internada por excesso de líquido, que é denominado de polidrâmio[11], sendo assim, já sabia que sua gestação era de risco. No entanto, visto que estava com 41 semanas e não havia entrado em trabalho de parto, começou a peregrinação pelas maternidades do município. Os obstetras não a internavam por não estar na hora e por não acreditarem na gravidez de risco. A puérpera chorou quando referiu que a obstetra sugeriu que estavam inventando motivos para conseguir a cesariana. Segundo ela, devido à demora na realização do procedimento, a criança apresentou sofrimento e, por esta razão, estava na UTI neonatal. Sobre a cesariana, disse que o procedimento foi muito tranquilo, só que o pai não pode participar porque foi uma urgência. Quanto ao pós-parto, a mesma não havia recebido nenhuma visita desde o dia do parto, o qual ocorreu três dias antes da entrevista, causando uma sensação de abandono. Foi uma entrevista longa, senti que ouvir aquela mulher era importante, pois alguém naquele local estava dando voz a ela. A puérpera falava em um tom baixo, olhando para o chão sem se exaltar pelo ocorrido. Ao final da entrevista me despedi. Fui, durante caminho para casa, pensando naquela situação e assim que cheguei transcrevi a entrevista e fiz minhas impressões do campo. Fiquei pensando e questionando o quanto o processo de parto é vivido e experienciado de maneiras diferentes por gestantes e obstetras, e o quanto esse discurso, e ao dizer discurso me refiro ao dito e ao não dito, produz determinados tipos de sujeitos. Essa foi a última entrevista realizada para tese.

---

[11] É o acentuado excesso de líquido aminiótico, reconhecido ao exame físico (útero grande para a idade gestacional) e também pelo escoamento desmedido no momento do parto (Montenegro; Rezende -Filho, 2008, p.277).

5 Condições de possibilidades para cesariana na modernidade

Neste capítulo procuro mostrar as condições de possibilidade que permitiram enunciações sobre a cesariana na modernidade. Para tanto, inicio contextualizando o nascimento da medicina social, assim como o deslocamento da função do hospital, a instituição da medicina enquanto campo de saber dos médicos e a criação da obstetrícia.

O capítulo foi composto por duas subcategorias, sendo a primeira subcategoria intitulada “O discurso da cesariana como um efeito da modernidade”, na qual problematizo excertos de obstetras e puérperas e procuro mostrar o quanto a vontade e a escolha pela cesariana nos dias de hoje, estão atravessadas pelas questões da modernidade.

Na segunda subcategoria, intitulada “A mulher é dona do seu corpo, mas quem decide a via do parto é o obstetra”, trato sobre as questões que possibilitaram a medicina a enunciar questões sobre o direito de decidir o tipo de parto e as questões que transcendem ao processo de parturição. Também problematizo enunciações de puérperas que delegam ao obstetra a decisão sobre as condutas a serem tomadas durante o processo de parturição.

Assim, inicialmente neste capítulo busco contextualizar, a partir de uma abordagem teórica, as condições que possibilitaram a cesariana ser enunciada como o tipo de parto seguro e com menor risco na modernidade.

Pensar a cesariana como efeito de um discurso, conforme propõe Foucault (2014a), que se estabeleceu na modernidade e que se atualiza constantemente, conduz o olhar para o contexto histórico em que se deu sua prática. Não com a finalidade de buscar uma origem, mas de entender “o como”. Ou seja, quais as condições que possibilitaram esse acontecimento, que relações de poder e saber estão presentes no discurso da cesariana, que não é algo atual, mas que se modifica de acordo com o momento histórico. E, desse modo, interrogar como se estabeleceu e vem se estabelecendo um regime de verdade sobre a cesariana.

A modernidade é conhecida pelo estabelecimento do paradigma da racionalidade científica e suas percepções direcionadas ao sujeito individual e aos ideais de uma sociedade de produção desenvolvida com ênfase no modelo capitalista. No cenário da modernidade aconteceram os processos de industrialização, desenvolveu-se o pensamento epistemológico, científico e filosófico, as ciências humanas e naturais (FOUCAULT,1977).

O período da modernidade é marcado pelo pensamento da razão, pelo domínio do conhecimento alcançado por meio do método. A perspectiva da Ciência como detentora de saberes e verdades absolutas, torna-se hegemônica no período moderno. As ciências humanas e sociais, nesse cenário, utilizaram-se das metodologias e dos princípios das ciências naturais para consolidarem-se enquanto ciências.

Ainda para Foucault, na conjuntura moderna, os corpos dos indivíduos passaram a ser objeto sobre o qual deveriam incidir os saberes, como a medicina, a estatística, a educação e a economia. Foucault problematiza que a medicina moderna, nascida no final do século XVIII, deve ser considerada como uma medicina social criada para responder as necessidades de uma sociedade capitalista, uma vez que a medicina opera com o corpo, e no capitalismo o controle da sociedade não está atrelado somente pela consciência e ideologia, mas sim pelo corpo (FOUCAULT, 2013b).

Para explicar como se deu essa conformação da medicina social, Foucault explana sobre três momentos da formação da medicina social: a saber, a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força do trabalho (FOUCAULT, 2013b).

A medicina de Estado, inicialmente, ocorreu na Alemanha, por ser um país menor e com as sequelas da guerra dos 30 anos. Na França e Inglaterra, a atenção com a saúde esteve relacionada ao mercantilismo. Para tanto, o Estado preocupou-se em estabelecer as tabelas de natalidade e mortalidade, a fim de majorar a população, sem se preocupar em estabelecer intervenção efetiva para aumentar o nível de saúde da população. (FOUCAULT, 2013b).

Já a medicina urbana surgiu em uma primeira instância para responder às razões econômicas, devido à unificação das cidades na França, e, em segundo momento, para responder às necessidades políticas, uma vez que com o desenvolvimento das cidades o aparecimento de uma classe pobre possibilitou o

aumento das tensões e agitações entre os ricos e os pobres, a plebe e o burguês (FOUCAULT, 2013b).

Para Foucault (2013b), a medicina urbana configura-se na medicina das coisas do ar, da água, dos fermentos, das decomposições, uma medicina voltada às condições de vida do meio e de existência. A organização da medicina urbana foi essencial para a constituição da medicina científica. Foi com a medicina urbana que se instituiu a noção de salubridade, que quer dizer 'o estado das coisas', sendo considerada a base social para promoção da saúde dos indivíduos. Diante disso, Foucault coloca que a medicina urbana por meio da cientificidade de suas observações e práticas vai colaborar para origem da medicina científica, que se desenvolverá no final do século XVIII.

Quanto à medicina dos pobres, analisada por meio do exemplo inglês, Foucault (2013b) inicia problematizando o porquê os pobres não foram visualizados como fonte de perigo médico no século XVIII e conclui que existiam algumas razões, como as funções que exerciam, pois realizavam incumbências, entregavam cartas, eram encarregados pelo despejo do lixo e responsáveis por apanhar objetos e roupas velhas e retirá-los de circulação.

Porém, mais especificamente no segundo terço século XIX, o pobre apareceu como perigo, pois durante a revolução francesa os pobres se tornaram uma força política capaz de agregar as revoltas. Com a instauração da cólera em 1832, foi necessário dividir os espaços urbanos entre ricos e pobres. Assim, os pobres passaram a ser considerados como perigo médico a partir do século XIX. A partir disso, foi constituída a lei dos pobres, fato que os beneficiava com assistência médica. Entretanto, deveriam ser submetidos a vários controles médicos. A ideia de ajudar os pobres favorecia tanto aos pobres quanto aos ricos, uma vez que os pobres estando tratados se teria a proteção das classes ricas.

Ainda segundo Foucault (2013b), em 1875, se instalaram na Inglaterra os sistemas *health service,* que tinham como função o controle da vacinação, o registro das epidemias e doenças e a localização de lugares insalubres. Esse sistema, como se pode perceber, tinha como objeto não o individual, mas o coletivo, ou seja, toda população. Deste modo, possibilitou relacionar três fatos: a assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e o esquadrinhamento geral da saúde pública. Por outro lado, a medicina social inglesa possibilitou a realização de três sistemas médicos: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma

medicina administrativa destinada aos problemas gerais, como a vacinação e as epidemias, e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Essa forma de organização possibilitou, durante o final do século de XIX e início do século vinte, um esquadrinhamento médico completo.

Assim, Foucault (2013b) nos provoca a pensar que a passagem para uma medicina científica não foi por meio de uma medicina privada e individualista, mas por um olhar médico mais atento ao coletivo. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social e urbana.

Com a divulgação de seus propósitos e a participação no combate às ameaças, como as epidemias, a medicina reafirma perante o Estado e a sociedade a sua importância, o que irá contribuir para que a intervenção do poder público sobre a população ocorra de uma maneira decisiva (ROHDEN, 2001).

Neste contexto, antes do século XVIII, na Europa, ocorreu o deslocamento da função do hospital, uma vez que o mesmo se destinava à assistência aos pobres e não era visto como local para tratar doenças, mas sim como perigo, pois acreditava-se que a doença corria o risco de se modificar, ou seja, de perder a sua essência. O hospital possibilitaria o contato com outros doentes e assim o entrecruzamento entre as espécies, fato que alterava a natureza das doenças tornando-as mais difíceis de reconhecer. As pessoas que atuavam nos hospitais eram religiosas, caritativos ou leigos, e não buscavam a cura do doente, mas sua própria salvação (FOUCAULT,1977).

Frente a essas mudanças, o hospital, que outrora era considerado um morredouro, passa a ter outra configuração, pois se entendeu que além de ser um local onde as pessoas sem família podiam ser acolhidas, também seria útil, nos casos contagiosos e de doenças difíceis, as quais a medicina em sua forma cotidiana não conseguia tratar. O estigma de que o hospital seria para os miseráveis é modificado à medida que passa a ser considerado uma medida de proteção, uma vez que possibilita a separação entre os doentes e as pessoas sadias, e das práticas voltadas para o empirismo (FOUCAULT, 2013).

Nessa conjuntura, o hospital passa a ser diferenciado e pautado em dois princípios: o da formação, que o compreende como local destinado a uma categoria de doentes ou a um grupo específico de doenças, e o da distribuição, para que os doentes possam ser divididos a partir de suas doenças. Diante do olhar do médico

do hospital (como eram denominados os médicos que atuavam no hospital), as doenças passaram a ser classificadas por gênero, ordem e espécie, e, desse modo, cada doente encontra o que convém ao seu estado, sem que ocorra o agravamento do seu vizinho, sem difundir o contágio no hospital ou fora dele.

Para que o hospital se tornasse um lugar de cura, foi necessário reorganizar sua distribuição espacial e a possibilidade de uma vigilância constante do doente. Por meio de exames, os indivíduos eram julgados, medidos, localizados e utilizados ao máximo. Assim, o médico passou a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Essa inversão das relações hierárquicas no hospital manifesta-se no ritual das visitas, em que o médico vai à frente do leito do paciente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos e enfermeiras (FOUCAULT, 2013c).

Frente a isso, a ciência moderna realizou de forma lenta e gradual aquilo que se chamará de captura dos velhos saberes sobre o corpo feminino (ROHDEN, 2001). “Quando um dos pais da gineco-obstetrícia, Ambroise Paré, chamou os cirurgiões a se dedicarem aos estudos obstétricos, ele estava propondo que os médicos tomassem conta de um campo que até então estava nas mãos das mulheres” (REZENDE, 1969, p. 11). A obstetrícia foi criada a partir de um saber construído a partir de anos de observação e manipulação dos corpos das mulheres, mais propriamente do útero gravídico, por meio da medicina (MOOT, 2002).

O avanço do capitalismo industrial colaborou para a inserção do monopólio dos médicos no exercício da obstetrícia. Entretanto, foi necessário todo o século XIX para o desenvolvimento de novos saberes direcionados à cirurgia, anestesia e para o uso da assepsia durante o trabalho de parto. Com o aprimoramento do saber médico, o índice de mortalidade materna diminuiu, contribuindo para a aceitação da hospitalização das gestantes perante a sociedade. Ter seus filhos em hospitais passou a parecer mais seguro para as mulheres (VIEIRA, 2002).

A relação entre o parto medicalizado e a civilidade apresentou-se como uma marca comum entre os países ocidentais capitalistas e até mesmo para os países de terceiro mundo, uma vez que modernizar, naquela época, significava partilhar dos mesmos conhecimentos e práticas dos países centrais. Sendo assim, a urbanização e a modernização foram processos decisivos na transferência da vivência do parto no âmbito privado e entre as mulheres para o espaço público dos hospitais (TORNQUIST, 2004).

Nessa conjuntura, com a instalação do capitalismo, o corpo passou a ser vislumbrado como uma máquina, uma força de trabalho, e para tanto necessitava ser controlado. Uma das formas de controle da saúde da população se deu por meio das mulheres. As mulheres passaram a ser vistas como elemento primordial para o desenvolvimento do Estado, na perspectiva de prosperidade da família, uma vez que o Estado passou a investir em seus corpos para uma nova função política na família. As mulheres eram responsabilizadas pelo nascimento de crianças saudáveis, e não somente o nascimento, mas a criação de filhos saudáveis, pois assim poderiam ser rapidamente utilizados nas atividades. Cabia às mulheres desenvolver o cuidado adequado com seus filhos para que não contraíssem ou desenvolvessem doenças, garantindo assim a preservação da força do estado (FREIRE, 2009).

A medicalização do corpo feminino esteve pautada na construção ideológica acerca da maternidade e em um projeto maior de higienização da sociedade, que almejava a organização desse organismo para o bom funcionamento do Estado (VIERA, 2002).

Para Foucault (2013c), a história não deve ser vislumbrada sob o prisma do início, de origens longínquas, dos primeiros precursores, mas deve ser considerada segundo a sua inteligibilidade, de lutas, de estratégias e táticas, como uma relação belicosa. O autor propõe a ideia de fabricação de uma história nova que não se atenha a descrições de épocas ou séculos, mas que atente aos fenômenos de rupturas dos recortes, dos limites.

De acordo com Vieira (2002), a medicalização do corpo feminino se estabeleceu no século XIX ancorada em um discurso de exaltação da maternidade, que se tornou objeto da medicina. A medicalização do parto foi um processo longo, teve início há aproximadamente 300 anos, e é anterior a sua institucionalização nos hospitais e de seu estabelecimento como área médica. A modernidade presente no século XVIII promoveu condições de possibilidade para a criação da obstetrícia como disciplina médica que, consequentemente no século XIX, delegou aos médicos a ordem de partejar, propondo efetivamente a hospitalização do parto e a criação das maternidades.

Ainda no século XIX, a medicina desenvolveu o anestésico, o uso da assepsia durante o parto e técnicas cirúrgicas que foram importantes para o domínio desta prática, sendo o processo de hospitalização do parto primordial ao desenvolvimento do ensino médico, bem como do saber nessa área (SEIBERT et al., 2005).

No fim do século XIX, o fantasma da febre puerperal, supostamente, estava sob controle. Pelo aprimoramento do conhecimento, os médicos passaram a ter melhor aceitação da sociedade e os índices de mortalidade maternos começaram a diminuir. Desta forma, mulheres de todas as classes sociais passaram a procurar a maternidade para os partos complicados, considerando-a, gradativamente, como local mais seguro que suas residências e tornando a hospitalização, perante a sociedade, uma forma aceitável e segura de se parir (VIEIRA, 2002).

A participação dos médicos nos casos complicados e de risco foi o início da visão da ciência obstétrica voltada à patologia, proporcionando uma vantagem sobre as parteiras, que com o tempo só aumentou (MOOT, 2002).

A partir do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, a medicina tratou de legitimar o parto como um evento patológico e institucionalizado que necessita, na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso e cirúrgico, predominando, assim, a assistência hospitalar. Dessa forma, o parto passa a ser visto por meio dos riscos à saúde, sendo medicalizado, sob a premissa de que a medicina poderia diminuir e neutralizar os riscos (CRIZÓSTOMO et al., 2007; BARROS, 2009; SANTOS, 2010).

No Brasil, o parto foi institucionalizado e medicalizado na década de 1950, não sendo acompanhado por uma política pública de saúde que incorporasse os avanços tecnológicos e os recursos humanos para uma assistência de qualidade no período gravídico puerperal (BRENES,1991).

Com a extinção dos Serviços de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu) no Brasil, a institucionalização do parto acabou acontecendo de forma mais rápida, pois se reduziu drasticamente os partos domiciliares. Nesse período, houve a unificação dos institutos da previdência e a criação do Fundo de Assistência Social (FAS), o que proporcionou a construção e expansão da rede hospitalar pública e privada, por meio de recursos financeiros (BARROS, 2009).

Neste sentido, a política nacional de saúde preconizava o parto institucionalizado, o que consta no Programa de Saúde Materno Infantil elaborado pelo Ministério da Saúde em 1975, que defendia que o parto hospitalar era mais seguro e que diminuía a morte materna e perinatal (BARROS, 2009).

Com isto, a medicalização e ações intervencionistas no processo de parturição resultaram no aumento de partos cesáreos no Brasil. O procedimento foi considerado mais seguro com o uso de medicações que preveniriam complicações, como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas ampliando-

se então as indicações de cesariana. Inicialmente, as indicações eram por distócia mecânica, desproporção céfalo-pélvica e más apresentações (VIEIRA, 2004).

Foucault (2014a) ajuda a pensar em como é possível em certos momentos, em certas ordens de saber, modificações bruscas que não respondem à forma linear e tranquila dos fatos.

Segundo Foucault (2013c, p.39)

> Não é, portanto, uma mudança de conteúdo (refutação de erros antigos e nascimento de novas verdades), nem tampouco uma alteração da forma teórica (renovação do paradigma, renovação dos conjuntos sistemáticos), o que está em questão é o que rege os enunciados e a forma como eles regem entre si para constituir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente e, posteriormente, suscetíveis de serem verificadas ou informadas por procedimentos científicos. Em suma, o problema em um regime de política do enunciado científico não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas quais efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos e qual é o seu regime interior de poder, como e por que em certos momentos ele se modifica de forma global Entendo que a aceitação da cesariana como uma via de parto, nos dias atuais, está atrelada a um regime de verdade que se apoia a um conjunto de enunciações que circulam na sociedade, onde a cesariana aparece como um processo rápido, indolor e que pode ser consumida por aqueles que podem custeá-la, obedecendo à lógica do capitalismo.

Nessa direção, Veleda (2015) problematiza o excesso de cesarianas e as intervenções no parto sob a ótica de uma linha de produção, que para ser consumida e reabastecida necessita torná-la a melhor e a mais saudável opção. Para que se atinja o objetivo, é preciso fomentar discursos significativos que causem impactos na mulher e na sua família, fazendo com que deseje conscientemente a cesariana como uma maneira mais prática e segura para o nascimento de seu filho.

De acordo com Carvalho (2016) para a maior parte das gestantes, a disciplina do ambiente hospitalar, com a observação, o registro de cada passo da mulher no prontuário e a monitorização do feto e da mãe, possibilita a formação de um saber e, assim, cria-se um clima de segurança no local. Ademais, os discursos da mídia, através da circulação de livros, revistas, novelas e filmes que abordam a importância do obstetra e do ambiente hospitalar como local ideal para um bom desfecho do parto, reforçam a ideia de segurança.

Segundo Riffel (2005), a crescente disseminação da cesariana contribui para a implementação de novas formas de uso dessa tecnologia, como, por exemplo, nos casos em que não há indicações clínicas específicas ou até mesmo para “proteger dos perigos” do parto vaginal. A ampliação das indicações a e aceitação da cesariana colaboram para diminuição do uso de outras práticas, normalizando seu emprego.

O contexto histórico, de como a medicina foi se apropriando de um saber legitimado sobre o corpo, ajuda a entender como se deu essa forma de legitimar um saber científico, que em muitas situações torna-se incontestável. Entende-se que esses movimentos foram fundamentais na produção/fabricação da medicina que vigora nos dias atuais. Revisitar a modernidade, ainda que de forma breve, foi importante, pois percebi que a obstetrícia, enquanto prática, precisou de aproximadamente um século para se estabelecer enquanto ciência e saber. Hoje, quando questiono o porquê da escolha das gestantes e obstetras pela cesariana, consigo, por meio dessa visitação do contexto histórico, entender que no discurso da medicina existem quebras e rupturas que possibilitaram legitimar o saber e o controle de obstetras sobre o corpo das mulheres.

5.1 O discurso da cesariana: um efeito da modernidade

Nesta subcategoria, procuro mostrar o quanto à vontade e a escolha pela cesariana nos dias de hoje, estão atravessados com as questões da modernidade. Conforme Pimentel et al. (2014), a medicalização e as tecnologias do parto foram aos poucos tomando outras proporções, e a cesariana, que era só em partos difíceis para salvar mãe e filho, passou a fazer parte da rotina de mulheres e obstetras. O caráter rotineiro/ordinário da cesariana pode ser reconhecido em enunciações como as que seguem:

> Eu tenho medo de dor, as experiências que eu já vi do parto normal acho que de dez, uma foi tranquila, logo que chegou pariu e em duas horas a criança já tinha nascido, eu conheço muita gente que ficou horas em trabalho de parto e teve que fazer cesárea, sabe, porque a criança começou a sofrer, então esse é o meu medo e eu não sei. Eu tenho muitos amigos médicos e eu acredito que eles tenham mais domínio sobre uma cesárea do que sobre o parto normal, eu sempre acho isso que eles tem mais domínio na situação de uma cesárea do que de um parto normal, entendeu? (Puérpera 03)

> Marquei a consulta e fui, eu sempre tive a ideia que nessas horas eu não sou enfermeira, e aí eu pensei, eu não quero ficar horas em trabalho de parto. Eu quis cesárea mais pela vivência mesmo, porque como eu fiz estágio em maternidade eu vi muita mulher ficar horas em trabalho de parto e a criança entrar em sofrimento, e eu não queria isso, eu não queria passar tudo isso e a criança ainda entrar em sofrimento e ter que subir para cesárea, então já preferi ir direto para cesariana. (Puérpera 05).

Algumas puérperas participantes deste estudo entendem que a cesariana, além de ser necessária nos partos difíceis, pode ser realizada em situações em que

a mulher não quer entrar em trabalho de parto, não quer ter a sensação de sentir dor e esperar que seu corpo e o bebê deem o sinal de que está na hora. Segundo a fala da puérpera 03, a mulher quando opta pelo parto vaginal, necessita ficar horas em trabalho de parto, muitas vezes sofrendo, e a escolha pela cesariana possibilita um evento organizado, previsível, rápido e resolutivo.

A enunciação da puérpera 03 traz que no parto normal a criança pode vir a sofrer porque a mulher não tem como controlar o seu corpo, sendo assim, a mulher, quando tem um plano de saúde ou pode custear a cesariana, deixa de sofrer, de se preocupar e angustiar com o momento e trabalho de parto, e coloca nas mãos do obstetra a incumbência de fazer o bebê nascer, pois, segundo ela, o médico tem maior controle na cesariana.

Estas questões reforçadas pelos discursos da ciência, da ginecologia e da obstetrícia dispensou longos anos de estudos para observação do corpo feminino e tratou de descrever as diferenças de caráter natural, biológico e psicológico em relação ao corpo masculino. A produção dessa discursividade aponta o corpo feminino como um corpo fragilizado, dotado de imperfeições, que precisa ser controlado, manipulado e adestrado (RODHEN, 2001).

Neste sentido, Müller, Rodrigues e Pimentel (2015) consideram que circula na sociedade um discurso hegemônico sobre o parto, ancorado na alienação da mulher sobre o corpo e na crença na tecnologia, ambos como requisitos que atribuem ao parto a ideia de imprevisibilidade e descontrole. Com isso, a elaboração de paradigmas e a utilização de procedimentos tecnicistas são responsáveis por retroalimentar o discurso hegemônico.

A produção e a veiculação desse discurso, que não é atual, mas que se atualiza para responder às necessidades de controle sobre o corpo da mulher na atualidade, circula não somente entre os obstetras, mas ecoa em diversos níveis da sociedade. Pois como enuncia a puérpera, “o médico tem mais domínio na cesariana do que no parto normal”. É interessante pensar os efeitos de poder que o discurso da medicina provoca entre as mulheres e na sociedade em geral, uma vez que reforça a necessidade de governamento do corpo dessas mulheres.

Ainda, a enunciação “eu tenho medo de dor, as experiências que eu já vi do parto normal acho que de dez uma foi tranquila” faz ecoar o discurso de tantas outras, pois as mulheres passaram a ter medo do parto vaginal e de viver uma experiência com o seu corpo em favor da cesariana programada e controlada, na qual o médico tem

o saber necessário para a condução do bem-estar da mãe e do filho. De acordo com Riffel (2005), a cesariana deixou de ser praticada como um procedimento “salvador da vida” e tornou-se um modo de parir ancorado no pensamento da sociedade disciplinar que confina a todos - obstetras, gestantes, recém-nascidos, familiares e demais profissionais de saúde no ambiente hospitalar.

Frente a isso, penso que o poder disciplinar, que emana de lugares como escolas, fábricas e, nesse contexto, o hospital, é um poder que atravessa obstetras e gestantes, uma vez que os envolvidos na trajetória do nascimento primam e escolhem o hospital com seus aparatos e tecnologias como local adequado. Aliado a esse poder, pode-se perceber uma política voltada ao controle de natalidade e às taxas de mortalidade, o que faz pensar que ambos compõem um regime biopolítico, no sentido apontado por Foucault (2014b).

Além das questões sobre a imprevisibilidade do parto normal e o medo da dor, que promovem o desejo pela cesariana, entre as gestantes, a opção pela cesárea esteve relacionada à programação/agendamento do parto, que colabora com a participação da família no momento. Este fato foi observado nos relatos a seguir:

> A gente marcou, porque como o meu marido trabalha no Rio de Janeiro, a empresa que ele trabalha já adotou aquela licença de 20 dias de licença maternidade, que foi aprovada em congresso, então a gente queria que fosse numa segunda para ele ter os vinte dias porque é corrido, então a gente marcou para o dia 10 fomos para o hospital de manhã daí ele ficou lá comigo. (Puérpera 05)

> A cesárea não era o parto que eu queria, mas já que precisou ser, pelo menos eu consegui programar para ser a hora que eu queria e a licença paternidade do meu marido que são cinco dias. Então marcamos para uma segunda-feira, por que os cinco dias são corridos então se a criança nascesse em um final de semana, já iria contar da licença paternidade. (Puérpera11)

Ainda que a puérpera 11 desejasse o parto normal, a cesariana possibilitou a realização de ajustes para que o pai pudesse ficar mais tempo junto à mãe e ao bebê. A escolha da cesariana por gestantes de uma maternidade do setor privado por Barbosa, Toé e Simões (2015) vem ao encontro dos achados nesse estudo, uma vez que a escolha esteve relacionada ao medo da dor do parto, à comodidade e facilidade de agendamento do procedimento, de modo que não prejudicasse as questões laborais.

Cabe ressaltar que a escolha pela cesariana, nesse estudo, foi possível somente às puérperas que faziam uso do sistema suplementar. Em consonância a

isso, estudo realizado com gestantes nulíparas, por Nunes, Ramos e Mesquita (2014), revelou que a escolha da cesariana também está relacionada ao status social da gestante. As gestantes, quando consultadas sobre a escolha pela cesariana, apontaram que suas posições sociais lhes permitiam um pré-natal particular e, com isso, a escolha pelo parto cirúrgico, já que no SUS o parto indicado seria o vaginal. Tal como observado no estudo de Silva, Prates e Campelo (2014), a escolha pela via de parto pela gestante é permeada por alguns fatores próprios da gestante, como as experiências anteriores com o parto, sejam elas bem ou malsucedidas, assim como os discursos proferidos pela mãe, amigas, mídia e profissionais de saúde.

O discurso do medo e a ideia de que a cesariana é rápida e segura, também esteve presente no relato da puérpera 04, a qual teve o parto pelo SUS. Cabe ressaltar que neste estudo as gestantes que tiveram seus partos pelo SUS não escolheram a cesariana e, embora tivessem o desejo pela mesma, a cesariana só foi realizada mediante condições clínicas que contraindicassem o parto normal.

> Quando me deram a notícia que iria ser cesárea foi um alívio, porque eu estava com medo que induzissem o parto normal, eu tinha muito medo que ele fosse ficar entalado porque todo mundo dizia que ela era grande, o ultrassom e a médica, então imagina, se eu fizesse parto normal e ela ficasse entalado, então foi assim um alívio quando disseram que iria ser cesárea. Naquela hora eu queria cesárea, eu queria que fosse naquele fim de semana eu não aguentava mais estava louca para ver ele, estava cansada ansiosa [...]. Eu acho que foi tudo bom, eu, sinceramente, pra mim foi tudo 100%, a gente chegando no final da gravidez com muitas dúvidas então tu fica já apreensiva. Eu me senti segura depois de estar lá dentro [bloco cirúrgico] com o tratamento e com as coisas, tudo dando certo, eu me senti muito bem, foi tudo rápido, muito rápido, por que eu internei e já me chamaram para cesárea e à tardinha eu já estava no quarto com o meu filho sabe?! Parece que foi num piscar de olhos e estava tudo resolvido. Foi tudo muito bom, foi um alívio. (Puérpera 04)

Mesmo que a escolha pela cesariana tenha sido em virtude de condições clínicas, pode-se observar que a puérpera desejava muito a cesariana devido ao medo de como o trabalho de parto poderia se desenrolar, quanto tempo duraria e se de fato aconteceria da melhor forma possível. A cesariana apresenta-se como sinônimo de bem-estar, de rapidez e resolutividade. Em nenhum momento a puérpera questionou se de fato a cesariana seria a melhor escolha para ela e para o bebê.

O medo de que acontecesse algo com o bebê no parto vaginal se fez presente nas enunciações das puérperas independente da classe social e do financiamento do parto. A pesquisa realizada por Gama et al. (2009) também

mostrou que gestantes que realizaram seus partos pelo SUS e na saúde suplementar referiram que deram menor importância ao uso da tecnologia no parto do que a forma como foram tratadas e acolhidas pelos profissionais de saúde.

Segundo Giusti (2015), para que o ser humano apresente um bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, é necessário que os indivíduos estejam livres de quaisquer comorbidades ou outras formas que ameacem sua integridade. Para tanto, as pessoas necessitam lançar mão de artefatos que evitem que certas desordens relacionadas ao corpo apareçam.

Penso que as mulheres procuram e escolhem a cesariana também em busca dessa certeza de bem-estar para mãe e filho, porque segundo algumas puérperas entrevistadas, esperar pelos sinais que o corpo emana para o nascimento do bebê pode causar certas desordens, como sofrimento fetal, trabalho de parto longo e dor. Também é importante pensar nas mulheres que realizaram o pré-natal no consultório médico, que tinham uma relação de confiança com o obstetra e findaram por optar pela cesariana.

Nesta perspectiva, entendo que as relações entre obstetras e gestantes são relações desiguais, porém não significa que sempre quem irá decidir a via de parto é o obstetra. Não quero dizer aqui que quem ocupa sempre a posição de poder é o/a obstetra. De acordo com Foucault (2013a), não se pode tomar o poder como fenômeno maciço e homogêneo, no qual alguns são os detentores e outros são os receptores, não é algo que pode ser dividido entre aqueles que o possuem e aqueles que lhe são submetidos. O poder precisa ser analisado como algo que circula, como algo que não é possível localizar, pois funciona em cadeia e não está nas mãos de alguns.

Diante disso, é possível pensar que nesse estudo a cesariana emerge de um regime de verdade, uma vez que foi enunciada entre as mulheres como rápida, indolor e segura. Quando falo em verdade, me atenho a Foucault (2013a), visto que não atribui a verdade à questão de origem ou à preexistência. Para o autor, a verdade é fabricada/inventada a partir de discursos que circulam como verdadeiros.

> Para Foucault, a verdade está atrelada ao poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, ou seja, os tipos de discurso que acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a forma como se sancionam uns ou outros, as técnicas e os procedimentos que são valorizados para obtenção da verdade e o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2013c, p. 53).

Henning e Henning (2012) alegam que as escolhas dos indivíduos não são questões que pertencem à ordem do privado, mas são conduzidas por uma gama de valores que envolvem e direcionam o olhar dos sujeitos para o que convencionamos chamar de certo e verdadeiro.

Quanto à verdade produzida pela cesariana, percebe-se que, ainda que o a OMS e o MS enunciem o parto normal como via de parto que traz mais benefícios para mãe e filho, o discurso da cesariana vigora como um regime de verdade entre obstetras e gestantes no século XXI, tal como mostra o relato do obstetra 03, como segue:

> Então, em primeiro lugar quero te dizer que estou formado há 40 anos, então eu tenho 40 anos de experiência em obstetrícia. No início da minha carreira profissional e pela minha formação o parto normal era o imperativo, então, a paciente entrava em trabalho de parto se não estava no plantão nós ficávamos acompanhando no plantão, se nós estávamos em casa para atender uma paciente de convênios ou particulares nós iríamos para o hospital e desde o momento e que eu optei por fazer obstetrícia eu segui a regra a risca que a obstetrícia é esperar ao lado de [permanecer ao lado de uma pessoa]. Então se eu fosse para o hospital eu parava tudo de manhã, de tarde e de noite, e ficava junto com a paciente no parto normal, só levávamos a paciente a cesariana quando realmente havia indicação médica, ou seja, não tem condições de evoluir o trabalho de parto, então, nós trabalhávamos assim. Mas os tempos foram mudando e eu posso te garantir que acho que é uma questão de vinte anos, começaram a mudar os pensamentos, as vontades. Muitas mulheres hoje, chegam no consultório com uma ideia fixa eu não quero parto normal, eu algum tempo atrás ainda tentava tirar essa ideia, hoje não faço mais, não aceitei no início quando começou essa coisa toda da cesariana a pedido, não aceitei no início, depois entrei na vala comum, porque? Por que o que é a medicina? É o bem-estar físico, psíquico e social da paciente, se a paciente não me auxiliar no parto, vai ter complicação e eu já tive complicações por indicar um parto normal e ela não querer e ter complicações, então hoje nós temos que a grande maioria já chega no consultório na primeira consulta não querendo parto normal e eu respeito. (Obstetra 03)

Quando o obstetra 03 conta que a cesariana eletiva, a pedido, ou seja, aquela que não é da ordem da real necessidade que indique risco eminente de morte para mãe e bebê, é uma coisa atual, ele está problematizando os modos como se dá essa nova ordem da cesariana. Além disso, problematiza os mecanismos utilizados para tanto e quais seriam as relações de poder que esse discurso veicula.

Para Henning e Henning (2012) os modos de viver, que são produzidos e sugeridos por meio dos discursos, justificam e legitimam regras que atravessam os receptores, nesse caso as gestantes e obstetras, tornando-os sujeitos dessa realidade. O discurso da cesariana é potente nos dias atuais e isso se dá pelo acolhimento da sociedade ao discurso tecnológico, no qual os sujeitos são

incentivados cada vez mais a consumir aquilo que é mais potente, o que dispõe de tecnologia de ponta, em detrimento das coisas naturais.

Outro aspecto que chama atenção no excerto é que “as mulheres têm uma ideia fixa em não querer o parto normal”. Entretanto, é necessário alertar que nesta tese algumas mulheres foram alertadas pelos obstetras quanto aos riscos da cesariana para mãe e filho. Assim, considero que as mudanças relacionadas a contemporaneidade produzem o modo de pensar das mulheres, como citado anteriormente, mas também constituem os obstetras, uma vez que, atualmente, podem realizar um número excessivo de cesarianas, assim como a organização de suas agendas no consultório, dentre outros fatores que os mobilizam a influenciar e/ou aceitar a cesariana enquanto via de parto.

Neste sentido, os estudos Mendonça (2013), Veleda (2015), Oliveira e Pinto (2016) mostram o quanto as mulheres são influenciadas pelos obstetras para a realização de cesariana devido a fatores como: “o bebê é grande”, “eu não vou estar na cidade na data provável do teu parto”, a cobrança de disponibilidade para ficar ao lado da gestante por até 12 horas em trabalho de parto e, em alguns casos, as mulheres nem sabem ao certo o porquê foi necessário a realização da cesariana.

Ainda, de acordo com a enunciação do obstetra 03, esse discurso também o constitui enquanto sujeito, pois neste momento faz a cesariana a pedido. Quando ele diz ‘caí na vala do comum’, é possível entender que ele entrou na ordem do discurso. Ainda questiono se o respeito à escolha da mulher pela cesariana traz benefícios somente a mulher. Contudo, a intenção aqui não é buscar o que está implícito no discurso, ou interpretar o mesmo, mas olhar para o que está dito, na superficialidade do discurso.

Quando Foucault (2010a) propõe que na análise dos discursos não é qualquer discurso que interessa, ele não está falando de qualquer ato ilocutório (ato de fala), mas dos saberes, pois o que interessa para o filósofo são os discursos sérios, os movidos por uma vontade de verdade, que pretendem reverberar como verdadeiros e que se movem em um campo de instituição de verdades.

De acordo com Castro (2014), o pensamento foucaultiano está voltado para descobrir as maneiras de racionalidade que organizam as formas de dizer e fazer, o modo como falamos e nos comportamos conosco e com as coisas. O grande questionamento que circunda é a possibilidade, ou seja: de que forma foi possível o que é? Tal possibilidade é sempre histórica, as coisas e os fatos não ocorrem

somente por necessidade, os fatos poderiam ter sido de outro modo e também podem ser de outro modo, marcados por uma pegada histórica.

Nakano, Bonan e Teixeira (2016) buscaram por meio da análise das edições dos livros de Rezende, considerado no Brasil o pai da Obstetrícia, problematizar as mudanças no paradigma da indicação da cesariana ao longo das edições dessa obra. Apresentam que a cesariana a pedido não foi descrita na edição de 1963, mas em 1987 apareceu descrita brevemente. Já em 2005 a discussão é aprofundada e ocupa cerca de três páginas do capítulo, fornecendo ao leitor subsídios sobre a realização dessa prática.

Para Rezende (2005), o discurso do parto vaginal está na ordem do passado, de quando não havia tecnologias e mulheres e médicos estavam sujeitos à própria natureza e à imprevisibilidade da fisiologia. Na modernidade, a cesárea não é mais considerada alternativa aos casos complicados, mas passa a figurar como modo principal e seguro de parir e nascer.

De acordo com Nakano, Bonan e Teixeira (2016), ainda sobre o livro Rezende - Obstetrícia, a cesariana a pedido, na edição de 1987, foi considerada uma invenção de “métodos discutíveis” por obstetras, porém reforçava que as mulheres a solicitavam por medo da dor no parto, estética do períneo, adesão pela laqueadura, dentre outros. Já na edição de 2005, traz que o atendimento ao pedido da cesariana pela mulher tem a finalidade de proteger seu bem-estar mental, pois se continuar insistindo no parto normal, poderá apresentar distócia e por conseguinte um mal desfecho no parto.

Destaco a emergência da cesariana relacionada a uma série de fatores, como as questões da modernidade. O capitalismo presente na sociedade atual colabora para que esse procedimento seja visto como uma forma de produção, uma vez que um obstetra realiza em torno de 06 cesarianas em uma manhã, por exemplo. As mulheres também estão imersas nesta ordem do discurso de que a cesariana é um procedimento simples, rápido e seguro, como veremos ao longo do trabalho. A realização da cesariana a pedido, também pode ser observada nos relatos a seguir:

> Sim claro, se a paciente tiver o desejo por fazer a cesárea, e não quer o parto normal, então eu não vou contraindicar a cesárea, eu acho que o obstetra, ele tem que explicar vantagens e desvantagens de cada procedimento, mas a escolha desde que não traga nenhum prejuízo para mãe e para bebê eu acho que pode ser pela própria paciente. (Obstetra 02).

> Eu sempre, como te disse, explico os benefícios dos tipos de parto, porque existe um certo equívoco de que a cesariana não dói e não causa riscos para o bebê e que o parto normal é doloroso e horrível. Sempre falo que no parto normal existe o período de dor, mas que é naquele momento, e que a dor da cesariana é muito pior e também os riscos de hemorragias para a mãe, por se tratar de uma cirurgia. Mas como te falei eu penso que se não houver risco para a mãe e o bebê, se ela optar pela cesariana, se ela quer esse tipo de parto, por que não? Se não vai colocar a vida de ninguém em risco e a mulher entende e quer a cesariana no caso do convênio e a deseja, por que não? Toda essa escolha vamos trabalhando em todo o pré-natal por meio dos exames e do andamento da gestação e se de fato estiver tudo certo e a mulher se sentir segura com a cesariana e optar por ela, faremos a cesariana. (Obstetra 01)

Nos excertos que são colocados em destaque, embora os obstetras relatem os benefícios e malefícios de cada via de parto para a gestante, há um silenciamento e um respeito pela cesariana, como mostram os excertos “se a paciente tiver o desejo por fazer a cesárea, e não quer o parto normal, então eu não vou contraindicar; se sentir segura com a cesariana e optar por ela, faremos a cesariana”.

De acordo com Foucault (2010a), o discurso é prática. E tudo está imerso nas relações de poder e saber que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados, textos e instituições, o dizível e o visível se constituem nas práticas sociais, as quais estão constantemente ligadas e amarradas às relações de poder.

Neste contexto, observo que o não dito, ou seja, a adesão ao respeito pela escolha da gestante, se configura como consentimento do obstetra pela cesariana eletiva, além do mais, a própria arquitetura do ambiente hospitalar faz parte do discurso intervencionista e tecnológico que possibilita a cesariana como condição de via de parto. Possibilitando, assim, que as relações de saber-poder entre gestantes e obstetras foram estabelecidas sem nenhuma resistência.

Segundo Foucault (2014a, p.220), o saber é o espaço onde o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso. Neste sentido, o saber da medicina clínica é o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registros e decisão que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico.

A relação de saber e poder está presente na escolha pela cesariana entre obstetras e gestantes, pois o saber do qual o médico é detentor o autoriza a questionar ou não a vontade e o desejo da mulher, influenciando significativamente essa decisão. Segundo Foucault (1996), toda a relação de poder é passível de resistência, e, nesse sentido, penso que os obstetras poderiam resistir à escolha

pela cesariana quando não houvesse indicações clínicas, pois se há uma aceitação por parte deles é porque de fato entendem a cesariana como única via de parto.

Vianna (2004) refere a cesariana no setor privado como um bem de consumo que beneficia gestante e obstetra, uma vez que, mesmo a escolha sendo da gestante por medo ou possibilidade de programar o nascimento, o obstetra também é beneficiado, pois não precisa se submeter a protocolos, como no setor público, e pode programar sua agenda de trabalho e realizar um número expressivo de cesarianas em um menor tempo.

Carvalho (2016), em seu trabalho, mostrou que a mídia, quando aponta os riscos do parto normal e a cesariana como forma de nascimento isenta de risco, aparecendo como uma estratégia biopolítica, ou seja, uma prática de poder de gestão sobre a vida que rege o ato de nascer no Brasil. Revel (2005, p. 26) descreve que o termo "biopolítica" designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar, para de governar não apenas os indivíduos por meio de um certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população. A biopolítica, por meio dos biopoderes locais, se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, etc., na medida em que elas se tornam preocupações políticas.

Carvalho (2016) sugere que o excesso de cesarianas no Brasil é resultado de uma transformação biopolítica sobre a forma de nascer, pois o que era natural, simples e isento de risco, passa a ser um procedimento complexo, com a necessidade da assistência hospitalar e da utilização de aparato tecnológico. Na cesariana, a presença do médico e o poder sobre o corpo da mulher são imprescindíveis, já o parto normal humanizado ou domiciliar não necessita do uso abusivo de tecnologias e podem ser realizados por enfermeiras obstetras e parteiras.

De acordo com as entrevistas dos obstetras, ainda que ressaltassem a importância do parto vaginal, a cesariana e as intervenções no parto fazem parte do seu cotidiano, e, muitas vezes, a busca pelo parto normal causa estranhamento entre as gestantes e obstetras, como pode ser visto no relato a seguir:

> Eu acho que é tudo isso, é cultural, porque existe essa cultura de que parto cesárea é mais seguro, tanto para o bebê quanto para mãe, o que a gente percebe no nosso meio é que se tu faz uma cesárea e tem um desfecho ruim para o bebê, não tem culpa de ninguém, mas se tu faz um parto com um desfecho ruim a culpa foi do médico que não fez a cesárea, entendeu, então existe essa cultura inclusive no meio médico, isso é uma coisa que a

> gente ouve toda hora, então isso dificulta é claro a paciente fica com medo. (Obstetra 12)

O discurso da cesariana como possibilidade de segurança para mãe e o bebê, de acordo com a enunciação da obstetra 12, constitui-se como verdade também entre os médicos. Essa assunção da vida pelo poder foi descrita por Foucault (2008) em seu curso “Em defesa da sociedade”. Para melhor compreensão desse poder sobre a vida, Foucault retoma as questões da soberania, em que o soberano (o rei) tem o poder de “deixar viver e fazer morrer”, e, nesse tipo de sociedade, o poder está relacionado à apreensão das coisas, dos tempos, corpos e vida. Gradativamente, houve uma transformação do direito político, transformação que não veio para substituir, mas completar o antigo direito da soberania. E essa nova forma de operar o poder se deu por meio de uma inversão, afirmando, assim, um poder de “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT; 2008).

Neste contexto, Gadelha (2013, p.111) complementa que essa inversão recoloca a questão do vivo com o poder, isto é, da vida como objeto e como móbil do e para o exercício do poder.

A cesariana, nesta tese, foi percebida como um regime biopolítico que envolve o corpo social, e esse discurso convoca todos indivíduos a consumir essa modalidade de parto. Não se trata de parir, mas é necessário que o nascimento seja “o melhor possível”, ainda que para isso seja necessário lançar mão de toda tecnologia disponível em busca não somente “de nascer, mas nascer melhor”.

5.2 A mulher é dona do seu corpo, mas quem decide a via do parto é o obstetra.

Os relatos de obstetras e gestantes reforçam a gestação e o parto enquanto campo e domínio de saber do obstetra. Os excertos mostram o quanto o saber que o obstetra possui colabora para que se abra um campo de possibilidade para o exercício de um poder sobre o corpo da gestante/parturiente. A defesa de que o ambiente hospitalar é o local ideal e apropriado para a mulher parir, presente nos relatos dos obstetras, reforça o discurso intervencionista e medicalizante do parto. A “soberania da medicina” pode ser discutida sob a constituição da clínica e da mudança do objetivo do hospital, não para buscar a origem de como se instituiu a medicina e a obstetrícia, mas para desnaturalizar o olhar para o doente e o local de

atuação do médico. Apresento a seguir, dentre outros aspectos, o quanto existe de quebras, rupturas e atravessamentos nos discursos que envolvem os saberes sobre o parto.

Diante de como se instituiu a profissão do médico e o estabelecimento de um saber, que somente ele pode ser detentor, por meio da observação, do estudo, e do exame, foi possível problematizar algumas enunciações dos obstetras participantes deste estudo.

Segundo Foucault (2014a) em uma sociedade existem múltiplas relações de poder que atravessam, caracterizam e formam um corpo social. O autor também aponta que essas relações de poder não podem se dissociar, nem estabelecer e produzir práticas que não por meio da articulação, circulação e funcionamento de um discurso. O exercício do poder não consegue ser exercido sem os discursos de verdade que os façam circular.

O saber médico, construído ao longo de discursos e práticas obstétricas, o legitima enquanto detentor de uma verdade, pois nos relatos dos obstetras percebemos que se intitulam de certa forma como responsáveis pela decisão das condutas sobre mãe e filho. Esse discurso e esse saber extrapolam inclusive a política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, como mostram os fragmentos a seguir:

> Essa decisão de avaliar se faz episiotomia ou se vai para cesariana é da obstetra com certeza, ela não tem condições de avaliar não é? É que nem se tu vais fazer um prédio, tu vais palpitar para o engenheiro se está tantos graus para cá ou se está para lá? Não. Ela [gestante] não tem conhecimento técnico para isso, se eu estou vendo que vai lacerar eu vou fazer episiotomia, mesmo que ela não queira. (Obstetra 11)

> Se precisar episiotomia vai ser feito episiotomia, se precisar cesárea vai ser feito cesárea [...] porque tem várias coisas que salvam, eu acho que essas coisas que a gente teve de ganho com a medicina, acho que tem que se manter. (Obstetra 04).

Os relatos mostram que, para o obstetra, o saber da mulher, assim como o desejo, sobre seu corpo é insuficiente quando comparado aos do médico que conhece com precisão os detalhes do corpo da gestante e suas fragilidades. Quando a obstetra 11 compara o corpo da mulher com a construção de um prédio, é possível perceber a maneira tecnicista e padronizada que a medicina exerce enquanto campo de saber.

As enunciações também permitem observar o quanto a prática da obstetrícia se instituí em um campo que desconsidera o potencial da mulher para conduzir o

parto. O discurso de que a mulher é frágil, dotada de imperfeições e que necessita de alguém que conheça e entenda suas imprevisibilidades e desatinos, foi inventado e fabricado por anos, entretanto, é possível observar o quanto os obstetras ainda se utilizam desse discurso para potencializar e enaltecer a prática obstétrica.

A apropriação do corpo da mulher é discutida por Davis-Floyd (2001) quando aponta que o corpo da mulher é fabricado pela biomedicina como uma máquina defeituosa. Nessa lógica de fabricação, o hospital é legitimado como uma indústria de alta tecnologia destinada à produção de bebês perfeitos, e para o alcance dessa perfeição se tornam inquestionáveis as intervenções e procedimentos médicos.

Neste contexto, Veleda (2015) aponta que a institucionalização do parto e do hospital como cenário para o nascimento fazem parte do discurso biomédico, no qual a mulher é considerada incompetente para lidar com o processo de parturição e o obstetra aparece como detentor do saber necessário para a correção e o aprimoramento do processo de parturição.

A ciência denomina o médico como protetor da vida, sendo o responsável por decidir o que é melhor e prescrevendo comportamentos e atitudes a serem realizadas. Por outro lado, existe uma postura de entrega por parte daqueles que são chamados de “pacientes”. Pacientes que recebem, ouvem e obedecem às ordens daquele que tem o conhecimento sobre o corpo.

Penso que as enunciações presentes nos excertos, de que a mulher não pode “palpitar ou fazer escolhas sobre o parto”, fazem parte do discurso biologista, de quem tem o conhecimento, e, nesse caso, o conhecimento científico é quem decide. É importante retomar que as mulheres não são obrigadas a realizar as intervenções prescritas pelo obstetra, mas a forma como são colocadas as situações, geralmente sob o prisma do risco, colabora para a aceitação das condutas médicas.

> Quanto à escolha da cesariana, a decisão eu acho que é médica, eu não acho que é uma escolha da paciente, porque é a mesma coisa que uma paciente chegar aqui e dizer doutor eu estou com uma dor aqui e acho que tenho apendicite e quero que o senhor me opere, entendeu? Eu acho que é errado a paciente dizer eu estou aqui por que eu quero fazer uma cesárea, a cesariana é um procedimento médico tem que ser feito pelo médico, é ele que tem que decidir a hora e se é para fazer ou não. Não concordo, com essa coisa de paciente ter a determinação de ela querer ou não fazer cesárea, apesar de ser uma determinação do Ministério da Saúde que a paciente teria o direito de escolher, eu não concordo apesar de achar que a paciente é dona do próprio corpo, mas ela não pode decidir uma coisa que é dos médicos, entendeu? (Obstetra 06).

Quando o obstetra diz “a paciente é dona do seu corpo, mas ela não pode decidir uma coisa que é dos médicos”, percebo a presença de um discurso de domínio do obstetra sobre o corpo da gestante e, por isso, considero importante quando Foucault (2014a) aponta o corpo como aquele produzido a partir de discursos e relações de poder. Nesta tese, além dos médicos, que por meio dos discursos constituem-se donos dos corpos das gestantes, as mulheres também enunciam que o obstetra é quem decide sobre seu corpo. Conforme o relato a seguir:

> Eu acho que tem que ser o médico, por que ele sabe o que é o melhor, se eu tivesse escolhido parto normal e tivesse acontecido alguma coisa eu iria me culpar, então eu acho que ele escolhe o que é melhor para a gente. Eles estudaram, eles sabem o que é melhor. (Puérpera 12)

Além disso, é importante atentar para as relações de poder, tal como propostas por Foucault (2013a), pois estão em toda a parte entre homens e mulheres, pais e filhos, professores e alunos, entre o que sabe e o que não sabe. Na sociedade há uma gama de relações de poder e, por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, de microlutas. O autor também deixa explícito que as relações de poder utilizam técnicas muito diferentes umas das outras de acordo com as épocas e os níveis.

De acordo com Schwengber (2006), atualmente na sociedade, o corpo grávido tem sido investido por inúmeros discursos pedagógicos através da mídia, educando as gestantes desde as práticas que devem ser realizadas durante a gestação até o puerpério.

Os discursos midiáticos, em relação ao parto e ao trabalho de parto presentes nas novelas, filmes e livros, promovem a figura do obstetra como o centro da cena. Nas telenovelas, em cenas de parto normal, geralmente, as mulheres aparecem deitadas em uma cama sob as ordens do obstetra, sobre como fazer a força certa, respirar no momento certo e descansar na hora certa. Desse modo, corpo grávido é fabricado e produzido sob o discurso de que a mulher necessita da condução do obstetra em todos os momentos que transcendem ao processo de parturição. Na cesariana, pelo fato de ser uma cirurgia e ter como cenário o bloco cirúrgico, a mulher aparece deitada e amarrada, em uso de oxigênio, tendo seu corpo manipulado pelo obstetra e demais profissionais de saúde. As descrições desses cenários e a maneira como o corpo da gestante/parturiente é conduzido no parto

está balizado pelo discurso do saber, que impõe à medicina e ao médico a posição e o status de poder, em que escolhe e executa as técnicas (CARVALHO, 2016).

Nesse sentido, Fischer (2001) considera que a mídia não apenas veicula, mas constrói discursos, significados, identidades e sujeitos. Concordo com a autora, uma vez as gestantes, em muitos casos, realizam a escolha do parto, na maioria das vezes, com base no depoimento de outras mulheres, citações em jornais, revistas e telenovelas e daqueles que estão autorizados a enunciar sobre a gestação e parto.

Em uma reportagem da revista época em 2016, uma gestante relata que sua escolha se deu devido ao aconselhamento do obstetra de que a cesariana era indicada para evitar sofrimento. Além disso, a gestante conta que as amigas também tiveram cesarianas tranquilas e indolores. O que está em evidência na reportagem é a forma como a mídia veicula e promove a cesariana, seja por meio de relatos de mulheres ou, principalmente, trazendo indicação médica.

Neste sentido, Ribeiro e Pierangelo (2015) problematizam a forma como o discurso clínico envolve os indivíduos da sociedade numa teia medicamentosa, ensinando-os sobre a impossibilidade dos corpos femininos parirem sem uma série de comandos. Assim como a incapacidade da mulher em parir longe do olhar do obstetra, que na maior parte das vezes é homem e está provido de um eficiente arsenal instrumental e farmacológico.

Davis-Floyd (2001) descreve três modelos de cuidados de saúde que influenciam fortemente o parto: modelo tecnocrata, humanista e holista. O tecnocrata é centrado na separação, no qual os fatos são compreendidos de forma isolada fora do seu contexto e direcionados às ações padronizadas e intervencionistas no processo do parto. O modelo humanista trouxe a proposta de humanizar a tecnologia no parto. Esse modelo compreendeu que era impossível tratar o corpo feminino sem considerar os aspectos psicológicos da parturiente. Já o modelo holista não reconhece divisões entre corpo, alma e espírito. Nessa perspectiva, o momento do parto é influenciado pelo espiritual e emocional, além da energia presente no ambiente.

Nesta perspectiva, percebo que operam relações de saber e poder entre o discurso humanístico e o holístico que reforçam o tecnocrata, colocando o médico no centro, devido à soberania do saber que a medicina o concede. Cabe ressaltar, que procurei trazer no início dessa sessão como os discursos que produziram e

fabricaram a medicina, aliados aos mecanismos de poder/saber, atravessam os obstetras na sua prática nos dias de hoje, como pode ser visto nos relatos a seguir:

> Toda essa escolha [do tipo de parto] vamos trabalhando em todo o pré-natal por meio dos exames e do andamento da gestação e se de fato estiver tudo certo e a mulher se sentir segura com a cesariana e optar por ela, faremos a cesariana. Só gostaria de deixar uma coisa bem clara, se em qualquer momento eu perceber alguma alteração na gestação que posso prejudicar mãe ou filho a escolha do tipo de parto passa a ser minha, pois eu que sou o responsável por mãe e filho. Então eu que decido qual a via de parto mais adequada mediante os fatos. (Obstetra 01)

> De uns anos para cá, eu não vou te dizer assim metade das pacientes, mas umas 60 a 80 por cento chegam pedindo cesariana. De uns dois anos pra cá mais ou menos quando começou essa coisa do parto humanizado, que eu acho que parto humanizado é humanizado de qualquer jeito seja vaginal, seja cesariana, algumas pacientes mais jovens, naturebas vamos dizer assim, chegam com uma ideia diferente, esta então se preconiza o parto normal para se fazer, mas eu também, deixo bem claro que pra mim a medicina é soberana, se eu tiver que fazer qualquer intervenção eu vou fazer, então que elas fiquem bem à vontade pra procurar outro obstetra, eu faço em ambiente hospitalar eu acompanho as pacientes do início ao fim sou eu que faço as indicações desde que não ponha em risco a mãe e o neném, que esteja tudo bem e aí se elas quiserem parto normal, melhor vamos tentar, não deu certo, não evoluiu por a,b,c motivos eu vou reavaliar essa paciente e vou conversar com ela e com a família e vou indicar o parto mais pertinente. No momento eu trabalho assim. (Obstetra 04)

De acordo com a obstetra 04, o lugar ideal para o parto é o ambiente hospitalar. O hospital moderno desde o seu nascimento no século XVIII, tem se constituído um espaço de domínio médico (FOUCAULT,2014b). Quando a mulher permanece em um leito hospitalar, vestindo a camisola da instituição, com um acesso venoso em seu corpo para realização da medicação e longe de seus pertences pessoais, fica à mercê dos comandos do obstetra, o qual veste um jaleco ou uma roupa de bloco cirúrgico, assumindo, assim, uma posição diferente da gestante.

Frente ao exposto, penso que o hospital com sua organização espacial e formação do saber, permite o atendimento ao parto e também às patologias que acometem as gestantes nesse período. Esse atendimento acontece por meio da regulação, do adestramento, da observação, do isolamento e de fatores que individualizam as gestantes. Quando confinada ao leito hospitalar, a mulher torna-se objeto de saber por parte dos profissionais, o que gera um poder sobre esse corpo.

Rangel e Camargo Jr. (2016) alegam que a racionalidade do obstetra está balizada pelos princípios da medicalização e, por isso, consideram a biologia feminina como suspeita e o processo natural do trabalho de parto como imprevisível, onde o corpo feminino necessita de intervenção técnica e tecnológica devido à

possibilidade de adoecimento da gestante e do feto. Esse adoecimento, traduzido na categoria de doença, se localiza no corpo da parturiente, dando inteligibilidade à interferência obstétrica no corpo com dor e não na experiência de sofrimento.

Penso que, embora em algumas situações a mulher seja conhecedora de seus direitos e consiga resistir a algumas práticas que incidem sobre seu corpo, no ambiente hospitalar circula um discurso medicalizante e intervencionista no parto. Também considero que o discurso da medicalização do parto coloca o obstetra na posição de dirigir e coordenar o parto, pois, como enunciam os obstetras, em qualquer momento, o tipo de parto e as condutas a serem tomadas poderão ser modificadas por eles.

Conrad (1992) entende a medicalização como um processo no qual os problemas que não possuíam caráter médico passam a adquirir características patológicas. Concordo com o autor no sentido de que o parto foi vivenciado, por muito tempo, entre duas pessoas, a mulher e a parteira, ou, em outros lugares, somente a mulher. A institucionalização do parto convoca a necessidade do uso da tecnologia, da medicalização e da figura do obstetra para monitorar, controlar e acelerar esse processo. Visto sob o prisma de “que se tiver tudo bem poderá ser vaginal”, como discutido anteriormente, há uma inversão na assistência ao parto, o que era para ser o fisiológico, espontâneo, passa ser visto por meio de entraves e impossibilidades.

Illich (1975) denominou de “imperialismo médico” a medicalização dos eventos naturais que a medicina tratou de medicalizar. Esse “imperialismo médico” pode ser visto na atenção ao parto, uma vez que o discurso medicalizante faz com que haja uma necessidade de aquisição de tecnologia e medicamentos (como analgesia e ocitocina sintética) para condução do trabalho do parto.

Gaudenzi e Ortega (2012) alegam que o processo de medicalização colabora para a retirada da liberdade dos sujeitos e os posiciona enquanto objetos passivos de cuidados, a medicina ganha status de detentora do saber sobre os processos da vida, eliminando o conhecimento ancorado aos eventos naturais.

O excerto da obstetra 04 também enuncia que “o parto é humanizado independente se for vaginal ou cesariana”. De acordo com Diniz (2005), o termo humanização traz consigo múltiplos significados, sendo utilizado já há muitas décadas por médicos de referência na obstetrícia (tecnocrática) brasileira, como Fernando Magalhães e Jorge Rezende, para quem humanizar o parto incluí o uso de

medicamentos narcóticos e o uso de fórceps. Essas medidas seriam humanizadoras por serem percebidas como diminuidoras do sofrimento da parturiente.

Os estudos Silva et al. (2013) e Escobal (2011) também apontam que o respeito dos obstetras pelo desejo da cesariana se dá sob alegação da proteção de aspectos psicológicos da mulher, uma vez que se não estiver preparada psicologicamente para o parto normal, poderá não ter um bom desfecho no parto vaginal. As intervenções, como episiotomia, fórceps e uso da ocitocina, embora sejam práticas que segundo OMS são claramente prejudiciais às mulheres, ainda são realizadas em Centros Obstétricos como forma de humanizar e proteger mãe e filho.

Mendonça (2015) problematiza se a humanização que vem sendo defendida pelos médicos, não estaria relacionada há uma sofisticação da tutela promovida pelo saber médico sobre o corpo feminino. A humanização, nesse contexto, não promoveria modificações em relação ao saber biomédico clássico, no qual a autonomia da mulher poderia ir apenas até onde o médico permitir, permanecendo a ser este a ter a última palavra, e não a mulher.

Não se trata de afirmar que todos os obstetras entendem a humanização dessa forma, mas de problematizar como é essa humanização, de que maneira acontece e quais discursos ela faz operar, pois ao mesmo tempo em que a cesariana e o parto vaginal podem ser humanizados, a medicina apresenta um caráter de soberania. São questões que não serão esgotadas nesta tese, mas são apontadas no intuito de promover questionamentos.

De acordo com o relato da obstetra 04, a medicina é soberana e está acima do desejo, da escolha e da vontade da mulher. Assim, a indicação do tipo de parto ou as intervenções que serão realizadas são condutas do médico. Fato que evidencia um poder sobre o corpo da gestante e a vontade de verdade sobre as produções discursivas em relação à autoridade do obstetra sobre a gestante.

Carneiro (2011) aponta que o discurso biologista não percebe a dor e o parto como um processo natural do corpo. A humanização do parto, de acordo com esse discurso, está ancorada a princípios que atenuam a dor e o sofrimento e que trazem conforto e segurança à mulher, como no caso da analgesia do parto e da realização da cesariana.

O discurso de que o obstetra é o responsável pela condução do parto e o responsável pela decisão sobre o tipo de parto, também, esteve presente nos excertos das puérperas conforme os relatos a seguir:

> Eu acho que é a decisão do tipo de parto é do médico, independente na função de ser pelo SUS e acho que é no hospital que eles vão ver se tu não tiver condições, daí tu vai para a cesariana, claro que quando eu cheguei ali eu já tinha orado com o meu marido pedindo que fosse uma cesárea, porque eu já estava mais apreensiva com medo dos problemas e tal, mas eu acho que quem decide mesmo é eles lá os médicos porque eles que sabem que tem o conhecimento. (Puérpera 04)

> Eu deixei tudo por conta do médico, por que eu acho que eles que devem saber qual é a melhor, né? Eles que sabem o que é melhor para o bebê e para a mãe então eu não interferi em nada. Eu acho que é o médico que tem que saber mesmo né qual é a melhor situação. [...] A mudança do parto normal para cesariana foi muito bem recebida porque eu acredito que quanto melhor para os dois melhores para todo mundo, né?! Então eu não tenho queixa, não reclamo de nada, porque se é para ser cesárea é para ser, como ele estava preso não teria como ele nascer de parto normal, por que aí não tem como né. Tinha tudo para ser normal né, mas não deu o bebê quis vir antes e aí ele acabou se prendendo também, então acabou tendo que ser cesárea, o que na minha opinião foi o melhor para nós, porque ele poderia ter morrido e eu também. (Puérpera 02)

Os ditos “quem sabe o que é melhor é o médico e a cesárea foi melhor para nós” estiveram presentes nessas falas e nas demais puérperas. Embora a cesariana não tenha sido primeira escolha para o parto, é aceita com naturalidade entre as mulheres e percebida como a melhor opção para o bom desfecho do parto.

O discurso do medo e do risco acompanha as mulheres desde a concepção até o momento do parto, pois se para gestar um bebê a mulher necessita de vários ajustes no âmbito físico, psicológico e social em busca de uma gestação saudável, o ato de parir pode ser bem mais perigoso, e para que se tenha um nascimento adequado, as intervenções do obstetra podem acontecer a qualquer momento (VELEDA, 2015).

Corroboro com a autora, pois no momento em que o obstetra anuncia a necessidade da cesariana para a gestante e garante que é o melhor para o bebê, sua decisão é aceita com naturalidade, uma vez que a gestante também é construída pelo discurso de que o parto normal é inseguro e a cesariana é algo que o médico tem controle e que está isenta de riscos.

Nessa direção, Diniz (2005) alega que a escolha pela cesariana não permanece apenas no âmbito da gestante e do obstetra, mas é atravessada por uma relação de poder, que não é exercida somente no corpo da gestante, mas sobre o corpo social.

Para Veleda (2015), a cesariana atua sob a ótica de uma linha de produção, a qual precisa ser consumida e reabastecida a todo momento, sendo assim é necessário torná-la a melhor e mais saudável opção. Para que se atinja esse objetivo, é preciso utilizar discursos significativos que causem impacto na mulher e em sua família, fazendo com que deseje conscientemente a cesariana como modo mais prático e seguro para o nascimento de seu filho.

Frente a isso, o conhecimento científico, as intervenções tecnológicas e as respostas médicas sobre os eventos da gestação e do parto passaram a ser vistos como inquestionáveis, melhores, mais eficientes e como soluções legítimas, lembrando que a história da ciência da medicina e da tecnologia também é uma história de controle das populações, e, nesse caso, de controle especificamente das mulheres (BRUBAKER; DILLAWAY, 2009).

A realização da cesariana, juntamente com a medicalização deste processo, não coloca as mulheres em posição de vítimas, uma vez que algumas não aceitam mais a ideia de sentir dor e primam pela presença do obstetra e as intervenções no parto (OLIVEIRA, 2014). As relações de poder estão em toda a parte e a escolha pela cesariana, embora seja influenciada pelo discurso de que o corpo da mulher não é capaz de parir e que os desvios desse corpo devem ser reparados pelos médicos, algumas mulheres querem e aceitam a manipulação de seus corpos. Como coloca Foucault (2013a), o poder é produtivo e atua no nível do desejo e a liberdade passa a ser vista como uma condição essencial para o exercício do poder.

Desse modo, foi possível perceber o quanto o saber da medicina é produtor de um regime de verdade que autoriza o obstetra a decidir e interferir sobre o processo de parturição. Além disso, as gestantes consideram o obstetra como aquele que tem conhecimento para interferir nas suas escolhas e desejos e transfere para ele o poder da decisão, pois só o médico sabe sobre a melhor via de parto. No próximo capítulo, serão aprofundadas as questões sobre o biopoder e a biopolítica, abordadas brevemente nesse capítulo.

6 O parto sob a ótica do biopoder

Neste capítulo apresento excertos das entrevistas das gestantes e dos obstetras sobre as enunciações que operam na consulta do pré-natal, com a intenção de problematizar o quanto a consulta de pré-natal é atravessada por discursividades presentes em Programas, Portarias e Diretrizes do Ministério da Saúde (MS). E, assim, discutir acerca das diferenças na escolha pela cesariana entre gestantes que utilizam o SUS e gestantes que utilizam o sistema privado. A partir das enunciações foi possível identificar a presença do exercício de alguns poderes apontados por Foucault como: o biopoder, o poder pastoral e o poder disciplinar na condução da escolha pela cesariana entre gestantes e obstetras.

6.1 Possibilidades para a cesariana no SUS e na assistência suplementar. Quem escolhe ou pode escolher?

A partir das materialidades discursivas presentes nas entrevistas e nos documentos supracitados, foi possível identificar a presença do biopoder entre as relações que permeiam a escolha da cesariana. Essa escolha, embora seja realizada entre o obstetra e a gestante, mostrou-se atravessada por um regime biopolítico presente nos manuais, portarias e leis que norteiam a atenção ao pré-natal, parto e nascimento.

Segundo Foucault (2005), o biopoder, trata-se de um conjunto de procedimentos que considera tanto os mecanismos da disciplina, quanto as características biológicas da espécie humana, controlando a qualidade e a duração da vida na sociedade. Na aula de 17 de março de 1978, no curso em defesa da sociedade, Foucault) refere que a nova tecnologia, o biopoder, que se ocupa dos nascimentos, taxas de fecundidade e os processos de longevidade, juntamente com os problemas econômicos, serão os primeiros alvos de objeto do saber

Para Veiga Neto (2005, p. 87) o biopoder pode ser entendido:

> Como um poder que se aplica à vida dos indivíduos; mesmo que se fale nos corpos dos indivíduos, o que importa é que tais corpos são tomados naquilo

> que eles têm em comum: a vida, o pertencimento a uma espécie. [...] se o poder disciplinar fazia anátomo-política do corpo, o biopoder faz uma biopolítica da espécie humana.

Esse poder sobre a vida se organizou mais concretamente a partir do século XVIII pautado em duas linhas principais: a primeira centrada sobre o corpo dos indivíduos, o corpo enquanto objeto de intervenção, como máquina denominada de disciplina, e a segunda centrada no corpo enquanto espécie, o corpo transpassado pela mecânica da vida e suporte de processos biológicos, tais como as doenças, os nascimentos e longevidade da vida. Em torno das disciplinas do corpo e do regulamento das populações que foi possível a organização de um mecanismo geral de poder sobre a vida (FONSECA, 2012).

Inicia-se, então, um olhar diferenciado para o governo feito pelo Estado, não mais sob o prisma da soberania, mas quem governa agora necessita conhecer os elementos e desenvolver saberes para a manutenção da força do estado. Nessa conjuntura nasce o que foi denominado de estatística, que nada mais é do que o conhecimento das forças e dos recursos que caracterizam um Estado em um certo momento: o conhecimento da população, as taxas de natalidade e mortalidade, as doenças que atingem a população, os exércitos, as riquezas que circulam, ou seja, um conjunto de técnicas e procedimentos que caracterizam o próprio Estado. A estatística passa a adquirir uma importância estratégica enquanto saber para governar, uma vez que o indivíduo e a população passam a se configurarem como objetos da ciência e suas características e peculiaridades podem ser apreendidas, registradas, calculadas e previstas (FOUCAULT, 2008; BELO; TREVERSINI, 2011).

Outra ferramenta importante para o conhecimento e controle dos indivíduos e da população foi a medicina, dado que é um saber-poder que atua concomitantemente sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e os processos biológicos, possibilitando, assim, efeitos disciplinares e regulamentadores. Nesta perspectiva, Foucault aponta que o elemento que irá permear entre a disciplina e a regulamentação, ou seja, que poderá ser aplicado da mesma maneira sobre o corpo e a população, é a norma que poderá ser aplicada tanto ao corpo que se quer disciplinar, quanto à população que se pretende regular (FOUCAULT, 2005).

Neste sentido, a medicina configura-se como uma estratégia de poder sobre a vida das populações, uma vez que dita as regras no que tange as ações voltadas à

higiene pública, com base na normalização dos saberes, na centralização, nas orientações e na coordenação dos tratamentos médicos (FOUCAULT, 2005). Procurei inicialmente discorrer sobre o biopoder, pois a materialidade discursiva permitiu identificar sua presença no processo de escolha pela cesariana entre obstetras e gestantes durante a gestação.

Partindo deste pressuposto, a gestação é um período em que se pode ver funcionar o disciplinamento dos corpos das gestantes por meio de práticas como prescrições, ordens, orientações quanto aos cuidados com a alimentação, controle do peso, exercícios físicos, imunizações, dentre outras. Assim como a regulamentação da população de gestantes, famílias e profissionais de saúde através de protocolos e políticas que regulam as ações no ciclo gravídico-puerperal.

Tal como argumenta Foucault, estamos sob um “poder que se incumbiu tanto do corpo quanto da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem da vida em geral, com o polo do corpo e o polo da população” (FOUCAULT, 2005, p.159). Já Giusti (2015) alega sobre a forma como as estratégias de poder, responsáveis pela produção de modos de vida e as políticas de promoção a saúde, por exemplo, constituem outros olhares sobre os saberes, sobre as populações e sobre os sujeitos.

Nesta lógica, as políticas públicas criadas pelo Estado para promoção e atenção ao pré-natal e ao parto são consideradas estratégias biopolíticas, as quais por meio dos mecanismos de segurança e controle direcionam a forma de viver das gestantes e profissionais de saúde. Vale ressaltar que não somente as gestantes estão imbricadas nessa relação de poder, mas também os obstetras, uma vez que as ações dos mesmos, no que tange a escolha pela cesariana, também está de certa forma regulada pelos discursos presentes nas portarias, leis, manuais e políticas públicas por parte do Estado.

Neste contexto, a Política de Humanização ao Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN), propõe atenção à mãe e ao recém-nascido com vista ao bem-estar de ambos, respeitando o caráter fisiológico do parto com o mínimo de intervenções tecnológicas possíveis. Por outro lado, prevê a localização das mulheres e famílias que participam deste programa, e cabe à Unidade Básica de Saúde (UBS) o cadastramento e o acompanhamento destas durante o pré-natal, parto e nascimento.

> Para que os municípios recebam remuneração referente à adesão ao programa, é necessário os seguintes requisitos: percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês de gestação, em relação à população alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município); percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; a realização de exames laboratoriais, dentre outras ações(BRASIL, 2000, p.10).

Tais procedimentos são executados para que a gestante possa desenvolver uma gestação saudável e tem como objetivo mostrar a intenção do programa que visa o parto fisiológico, com o mínimo de intervenções. Ao mesmo tempo, mostrar também que as mulheres são orientadas a agir de certa forma e os profissionais a agir de forma a cumprir o protocolo, pois precisam alimentar o sistema com os dados supracitados, com vista a captar o máximo de gestantes.

Tanto o PHPN quanto as discussões até aqui apresentadas, sugerem alguns questionamentos, tais como: que tipo de gestante/mãe/mulher está sendo produzida/fabricada por meio dessa série de procedimentos? Quando se fala sobre o mínimo de intervenções tecnológicas com vistas a resgatar o caráter fisiológico do parto, está se beneficiando somente a gestante? Ou está diminuindo, de fato, os gastos do governo com essa população e, ao mesmo tempo, exercendo seu controle sobre ela? São questões problematizadoras que esta tese não pretende responder ou trazer indicações e regras, mas, sim, elementos para desnaturalizar, desacomodar, fazer pensar que esses procedimentos, que por vezes podem passar despercebidos, são estratégias de governo e o quanto elas capturam, alcançam e subjetivam de fato o corpo e a população.

Riffel (2005) sugere que o PHPN, ao agregar um conjunto de informações e ordenamentos, é responsável por classificar, ordenar e enquadrar indivíduos e práticas em listas e lugares, estratégias que colaboram para controle das mulheres e profissionais de saúde para ações “humanizadas”. As ações ditas humanizadas estão vinculadas à formação de conhecimento nos diversos segmentos da sociedade, e devem estar acessíveis às gestantes e familiares para que saibam como agir em relação às práticas adequadas ao parto e, assim, produzam o parto como um acontecimento que dê sentido à vida.

> A biopolítica tornou o homem do século XX, alguém que tem direito à vida. Para isso, as tecnologias disciplinares que incidem sobre a vida, como a PHPN, precisam atuar sobre as mulheres enquanto espécie humana e também sobre sua descendência por meio de práticas de saúde coletiva que disciplinam a todos a fim de que a sociedade e a espécie não corram riscos (RIFFEL, 2005, p. 88).

No que tange a realização da cesariana no SUS, temos uma série de leis e regulamentações acerca dos índices que devem ser respeitados, assim como, as indicações para a realização desta prática no centro obstétrico. Diante disso, é possível perceber uma série de táticas e procedimentos do governo para que as taxas de cesariana diminuam, o que só será possível por meio desse poder sobre o corpo, no qual a gestante é atravessada por discursos, treinamentos e adestramentos sobre como manter um cuidado com o corpo e a alma, para que possa assim apresentar o nascimento saudável com o mínimo de intervenções possíveis.

De acordo com Foucault (2014b), as tecnologias de poder centradas no corpo têm a finalidade de aumentar a força útil dos indivíduos por meio de exercícios e adestramentos. Para que essa ordem sobre o corpo entre em funcionamento, é necessária a instauração da vigilância e de exames e, por meio destes, a produção de um saber.

É possível perceber o empenho do Estado sobre o conhecimento da população de gestantes e as estratégias que são realizadas para que o parto seja o menos oneroso possível. Além disso, os obstetras, quando atuam no SUS, necessitam considerar as diretrizes e realizar o mínimo de cesáreas. Por outro lado, as mulheres que podem custear o parto, escapam a esse controle do Estado, como mostra o relato a seguir.

> Alguns protocolos e evidências científicas como o Programa de Humanização do Pré-Natal Parto e Nascimento que norteiam os atendimentos do SUS, e eu é claro como atuo também em um Hospital Universitário do SUS, preciso seguir essas diretrizes, pois são diretrizes e evidências sólidas que comprovam os benefícios do parto normal. Mas, mesmo que a mulher que seja SUS, eu sempre explico os benefícios de cada tipo de parto e procuro considerar sempre que posso a escolha da mulher. O que acontece, é que no SUS nós temos um percentual de parto cesáreo que deve ser respeitado, então obviamente as mulheres que tem a possibilidade e que se enquadram no que dizem as diretrizes terão o parto vaginal. As mulheres que tem convênio ou podem pagar particular, de fato tem a possibilidade de escolha e geralmente elas já chegam no meu consultório com essa escolha feita, a escolha pela cesariana, porque pensam que a cesariana é mais prática. (Obstetra 1)

A partir desse excerto podemos observar como o discurso tecnológico constitui tanto os profissionais quanto as gestantes pelas possibilidades construídas pela política, ao menos no que se trata dos partos via convênio. Já entre as opções ofertadas pelo SUS, o discurso parece corresponder à outra lógica, bastante distinta, pensada com o mínimo de tecnologia.

No âmbito privado, o discurso da cesariana parece como aquele em que a mulher não necessita ser vítima de sua própria natureza, ou seja, não precisa passar pela prova de parto. A cesárea eletiva possibilita que a dor do parto seja evitada por meio da manipulação do corpo-grávido pelo obstetra, porém, esta prática pode ser realizada somente em mulheres que podem pagar pelo procedimento (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

É necessário refletir sobre como e de que forma para as mulheres que utilizam o SUS o discurso da atenção ao parto é preciso a tentativa do parto vaginal, pois este é o mais indicado para gestante devido ao mínimo de intervenções. Entretanto, a cesariana, que é um procedimento cirúrgico, é aceita pelos obstetras quando as mulheres podem custear. Cabe a problematização de que a cesariana faz parte de um discurso que opera segundo as necessidades de uma sociedade capitalista e neoliberal, na qual a lógica do biopoder se faz presente quando se estimula gestantes e obstetras a viver e viver melhor no âmbito da produtividade.

A partir da elaboração de políticas e protocolos que norteiam a atenção ao pré-natal, parto e puerpério, assim como as prescrições sobre o que deve acontecer em cada período da gestação, um governamento se dá a fim de conduzir e governar condutas, dentre as quais, além do bem-estar da mãe e do filho, simplificar a atenção com o mínimo de intervenções possíveis, fato que diminui os custos. Além disso, por meio do acompanhamento, do pré-natal ao puerpério, se obtém, por meio dos registros e sistemas de referência e contra referência, um controle sobre a população feminina.

A assistência médico-hospitalar pública, fornecida pelo Estado por meio do SUS, muitas vezes, não oportuniza qualquer escolha de via de parto às gestantes e, na maioria dos casos, não oferece informação apropriada, atendimento individualizado e adequado às necessidades da gestante, nem ao menos uma boa infraestrutura. Não só o interesse de diminuição dos índices de partos cesarianos preconizados pela OMS, como o interesse econômico do Estado motiva a imposição pelo parto normal. Esta imposição aliada ao despreparo das instituições e dos servidores promove, inclusive, a violência obstétrica em sua forma mais extrema dentro do atendimento da rede pública de saúde (MACEDO; ARRAES, 2013).

Penso que este fato se apresenta como uma influência para que as mulheres custeiem o parto na tentativa de realizar a cesárea, pois o modelo proposto pelo SUS - ainda que tenha o objetivo de minimizar as intervenções, como no caso do

uso das tecnologias e cesarianas, se utiliza de práticas que causam dor e sofrimento para a mulher como, por exemplo, o uso de ocitocina, o isolamento da gestante de seus familiares e a falta de diálogo dos profissionais com as mulheres.

Na tentativa de diminuir os índices de cesariana e os riscos que esses procedimentos causam a mãe e ao filho quando realizados sem indicação clínica, em 16 de março de 2016, foi instituída a Portaria 306 do MS que aprova as diretrizes de atenção a gestante: a operação cesariana. Nesta portaria constam as recomendações para a realização da cesariana, devendo ser utilizadas pela Secretaria de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. O objetivo da Portaria é orientar os profissionais de saúde e mulheres brasileiras sobre as recomendações baseadas em evidências científicas sobre questões relacionadas à cesariana (BRASIL, 2016).

A Portaria 306 aponta que a gestante deve ser informada sobre riscos e benefícios de uma operação cesariana, devendo ser esclarecida sobre os dados atualizados da literatura, na expectativa de que cada mulher tenha o melhor entendimento sobre o procedimento e assim possa tomar decisões a este respeito com base em informações adequadas (BRASIL, 2016).

A tarefa de desenvolver diretrizes informadas por evidências científicas envolve a realização de diversas revisões sistemáticas, classificação e interpretação das evidências científicas e o desenvolvimento de recomendações em consenso, que inclui os profissionais da saúde e os representantes da sociedade civil.

Para discutir a escolha da cesariana entre gestantes e obstetras, descrevo a seguir as recomendações para cesariana eletiva segundo as diretrizes da Portaria 306 do MS.

> Em apresentação pélvica, e na ausência de contraindicações, a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento informado.
>
> a- No caso de gestação gemelar não complicada, cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a operação cesariana é recomendada**.** A operação cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas prévia centro-total ou centro-parcial.
>
> b- Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a operação cesariana. Em situações de suspeita de placenta *incretaou percreta*, é recomendado programar a operação cesariana para ser realizada entre 34 e 36 semanas de gestação.
>
> c- Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a operação cesariana eletiva na 38º semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical.

> d- A operação cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite C em mulheres com esta coinfecção.
>
> e- É recomendado que as mulheres com operações cesarianas prévias sejam esclarecidas de que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia.
>
> f- A operação cesariana é recomendada em mulheres com três ou mais cesarianas prévias (BRASIL, 2016, p. 25).

Tais diretrizes são relevantes para as discussões aqui apresentadas, pois são normas que regem e norteiam o atendimento às gestantes. Porém, como apontam os dados analisados, as mulheres, cujas escolhas foram feitas no âmbito do SUS, de fato não escolheram a cesariana. Esse procedimento, embora muitas vezes solicitado pelas mulheres, foi realizado somente mediante algumas das situações acima citadas, como mostra o relato da puérpera 10:

> Na última consulta foi exatamente com 41 semanas e eu estava com batimentos cardíacos acelerado no momento da consulta, ele me encaminhou direto para o hospital para eles me avaliarem e ver o que poderia ser feito [...] eu cheguei, passei pelo atendimento para ser avaliada, eles pediram internação, mas como eu cheguei às 18h30min, no outro dia a equipe médica optou pela cesariana e na mesma tarde a cesariana foi feita. Eles decidiram que eu precisava do procedimento, tipo, tu vai fazer jejum, porque tu vai para a cesariana, eles perguntaram se eu tinha algum sintoma de contração e eu não apresentava nenhum sintoma, eu não sentia absolutamente nada, estava com 41 semanas e eles me disseram que iriam me encaminhar para cirurgia. Foi bom, eles foram atenciosos perguntaram se alguém queria assistir, o parto foi super tranquilo, fui bem orientada, e bem assistida durante a cirurgia, o médico ficou conversando comigo todo o tempo, a minha família não quis assistir o parto, mas eles os deixaram ficar na sala de recuperação comigo, foi tudo muito bom. (Puérpera 10)

De acordo com a enunciação, a realização da cesariana foi uma decisão da equipe médica e, embora a puérpera tenha acolhido a decisão, em nenhum momento aparece a participação da mulher na escolha. Observo que a arquitetura e a lógica do hospital, onde se exerce um olhar constante sobre os sujeitos por meio de procedimentos como exames e registros, são também responsáveis pelo estabelecimento de posições entre os sujeitos, distinguindo aqueles que cuidam dos que são cuidados (FOUCAULT, 2013c).

Na atualidade, embora se tenham inúmeros investimentos quanto aos direitos de escolha das mulheres sobre o tipo de parto e os procedimentos a serem realizados, ainda perduram as relações de poder sobre o direito de escolha da mulher. É possível considerar as relações de poder no momento em que o médico comunica à gestante sobre a decisão da equipe quanto à cesariana. Abre-se um campo de possiblidades para que a gestante possa aceitar ou não a conduta, no

entanto, o saber da equipe médica legitima a decisão e a gestante, que assume a posição de paciente, acata a ordem da cesariana como algo dado.

A escolha da cesariana pelo obstetra corresponde à lógica de que a gestação e o parto não podem ser experienciados apenas pela gestante em seu contexto. Gestar e parir são vistos como processos desviantes e patológicos que necessitam de correção e intervenção do saber médico, assim, o médico assume a posição central neste processo, tendo o lugar de controle legitimado e definido (VELEDA, 2015).

De mesma forma, é preciso considerar que a discursividade sobre a medicalização tem sua origem na medicina, mas vem se difundindo na sociedade capitalista, fazendo com que os indivíduos sejam produzidos e ao mesmo tempo consumidores do discurso da medicalização. As gestantes são um exemplo disso quando buscam um parto cercado de intervenções e medicações.

O consumo da cesariana se dá também devido ao trabalho de parto ser um processo longo e doloroso e a dor se apresentar como um fator limitante neste processo. Sendo assim, a gestante, muitas vezes, por não saber lidar com essa condição ou por não ser orientada e cuidada pela equipe de saúde, acaba solicitando a cesariana.

A relação da dor no trabalho de parto e o desfecho do parto em uma cesariana são observados no dito da puérpera 06 quando aponta que muitas mulheres são submetidas às provas de parto e o quão doloroso pode ser o trabalho de parto para mais tarde a equipe decidir por uma cesariana.

> [...] eu acho que às vezes eles forçam uma coisa que não tem necessidade, entendeu? Que vem causando morte, que vem causando um monte de coisas ruins que não eram para acontecer, a recém eu estava conversando com a companheira de quarto, ela está induzindo o parto, ela não está tendo contrações e tem que ter, e ela já colocou o comprimido, e a outra que também estava conosco colocou o comprimido e foi rapidinho. Eles [obstetras] tem que ver se o teu organismo vai aceitar ou não. Ficar insistindo numa coisa que não tem sucesso, é bem por aí que acontece, na minha opinião, o médico que decide, mas ele não precisa deixar a mulher sofrer tanto para depois levar para cesárea. (Puérpera 06)

A partir das entrevistas com as gestantes, entendo que as mulheres também são produzidas a partir de discursos medicalizantes e intervencionistas e primam pela cesariana como forma de resolubilidade da dor. O excerto também aponta que, embora a puérpera não concorde com a conduta médica, ela atribui a decisão pelo tipo de parto e a condução do trabalho de parto ao obstetra.

Para Foucault (2013b), tudo que está relacionado à saúde se converteu em um campo de intervenção da medicina e o médico ocupa um lugar de poder para falar sobre o corpo e o que se diz a respeito dele, através das prescrições, avaliações e monitorizações.

Neste contexto, o ambiente hospitalar, enquanto cenário da atenção ao parto, reforça o discurso de que o obstetra é quem de fato decide a via de parto, uma vez que em algumas situações as mulheres ficam aguardando de tempo e tempo a avaliação do obstetra e a comunicação sobre o desfecho do parto. Porém, é preciso pensar que embora esta decisão, em alguns momentos, seja do obstetra, os mesmos necessitam considerar as normativas que versam sobre como proceder na condução do parto.

As diretrizes criadas para diminuir as taxas de cesariana necessitam ser seguidas em hospitais públicos. No entanto, percebo que essas diretrizes capturam somente uma parte das gestantes e obstetras, mais precisamente aquelas vinculadas ao SUS. Cabe questionar se de fato tais diretrizes dão conta de responder à epidemia da cesariana.

Vale ressaltar que as diretrizes são baseadas em evidências científicas, fato que legitima a realização da cesariana frente ao apontado nas diretrizes para tal procedimento. No entanto, as gestantes que podem pagar pela cesariana e escolher esse procedimento escapam à regra, como mostram os relatos de obstetras a seguir:

> [....] essa explicação a gente dá exatamente a mesma explicação no SUS, a diferença é que quando elas chegam no plantão, a prova de parto é feita de qualquer maneira, salvo também por exemplo se é pélvico, ou então em situações especiais ou patologias especiais que tu possa colocar em risco, no plantão do SUS, então tu vai explicar e levar para cesárea. Eu pelo menos faço isso, mas se a paciente está bem, o neném está bem e ela tem uma chance de evoluir bem para um trabalho de parto, a única maneira que eu tenho de contraindicar ou não levar a isso é fazendo a prova de parto, ou seja, essa paciente vai entrar em trabalho de parto e nós vamos fazer a prova de parto que é que a gente diz, a diferença do convênio é que às vezes tu não precisa acabar entrando nessa prova de parto, tu acaba, por exemplo, se ela estiver com contrações e ela quer cesárea tu acaba levando, essa é a diferença, mas vamos tentar, vamos tentar ou quero cesárea, mas vamos tentar o parto normal se não evoluírem a gente acaba fazendo a prova de parto e leva para cesárea é diferente do SUS para o convênio. [.....] no SUS também a maioria chega pedindo cesariana, cesárea, e as vezes fica meio complicado tu não levar para cesárea, porquê? Porque tu tens uma enfermaria inteira com 12 leitos de SUS, essas passam por uma prova de parto e 09 dos leitos no mesmo corredor é levado para fazer cesárea, então fica difícil, parece que é uma coisa, que só porque não é convênio tem que sofrer, vamos dizer assim, então é muito complicado no meio médico do obstetra, tu por exemplo, eu trabalho no SUS, trabalho com parto normal quanto no SUS quanto no consultório, eu

> não mudo vamos dizer assim, a minha ladainha, o meu texto é o mesmo, a diferença é que quando chega lá no SUS, tu vai passar pela prova de parto e as vezes aqui elas começam com dor ou rompendo bolsa e tu vai levar direto do consultório para cesariana, lá ela rompe bolsa vamos supor, e tem que passar pelo partograma, claro que tu não vai prejudicar a mãe nem o neném, isso é numa paciente que está bem, então, essa diferença que fica difícil na função do plantonista, essa é a diferença, quando tu tem uma mulher em trabalho de parto no SUS e a que tem convênio, ou é privada, está indo direto para o bloco, claro que isso fica destoando muito (Obstetra 4).

> As pacientes até principalmente de SUS pensam, porque se os "ricos" podem fazer, é porque é o melhor para eles, então para nós também tem que ser, muitas aqui de SUS, também chegam pedindo cesariana e querem fazer cesariana, mas as vezes a gente vê que o trabalho de parto não evolui, a gente até tenta induzir e a família fazendo uma pressão em cima, então muitas vezes aquela coisa assim, que é um trabalho de parto arrastado que a gente sabe que as vezes pode ser arrastado que é normal, mas então acaba que por isso que as taxas de cesarianas tem aumentado muito. (Obstetra 11)

Os excertos mostram que existe claramente uma dicotomia em relação ''ao direito ou a escolha'' pela cesariana. A cesariana se constituiu na modernidade como discurso de verdade, como aquele que traz a possibilidade da mulher/gestante/parturiente não sofrer, seja atendida no SUS ou convênio. Segundo os ditos dos/as obstetras, a maior parte das gestantes, independente da classe social e se apresentam ou não plano de saúde, primam pela cesariana. As enunciações também apontam que os obstetras elegem a cesariana por outros critérios que não os fisiológicos, como, por exemplo, a possiblidade de quem pode custear, mostrando que a cesariana pode ser realizada desde que a mulher possa custear independentemente da situação.

A condução em relação ao tipo de parto tanto pelo SUS, quanto no âmbito privado, sofre atravessamentos das políticas públicas em relação à atenção ao parto. Segundo a OMS, apenas 15% dos partos devem ser por meio de cesariana (OMS, 1996). A diferença é que pelo SUS, o hospital necessita apresentar índices mais baixos de cesariana para que os recursos sejam enviados. Outra questão a ser considerada é que, pelo SUS, os obstetras exercem suas atividades e demandas, na maior parte das vezes, na modalidade de plantões, ou seja, podem aguardar a evolução do trabalho de parto e se houver alguma intercorrência poderão encaminhar para cesariana.

De acordo com os relatos dos obstetras, observo o quanto o parto vaginal é visto sob o prisma do sofrimento, tal como "parece que é uma coisa, que só porque não é convênio tem que sofrer". Para os obstetras, de certa forma, é angustiante

ofertar a cesariana à gestante que tem convênio e submeter a que está no SUS ao “sofrimento” do trabalho de parto.

Ao me deparar com estes relatos, percebo o regime de verdade que a cesariana atribuí enquanto melhor opção para os obstetras e para as gestantes. Relaciono este fato ao ambiente hospitalar, pois ainda que os pacientes estejam internados pelo SUS, têm a possibilidade de alívio da dor por meio de medicações, sedativos e anestesias. Entretanto, a única dor que a medicina não consegue abreviar é a dor de parto experimentada pelas gestantes que utilizam o SUS.

Nas falas dos obstetras, também estão presentes a dificuldade em explicar às mulheres que utilizam o SUS, quando solicitam a cesárea, que não é possível a realização do pedido, gerando contradição para os obstetras que atuam no âmbito privado e no SUS ao mesmo tempo.

Neste sentido, para Rangel e Camargo Jr. (2016), o discurso da medicalização do corpo, efeito das relações de poder, está presente na prática dos obstetras, uma vez que para eles é difícil considerar a lógica de deixar o corpo da mulher entrar em trabalho de parto e evoluir fisiologicamente para o parto. Adensando a este pensamento, Schwengber (2006) refere que na sociedade opera um discurso sobre a necessidade de prevenção ou a antecipação das doenças. Nesse sentido, o parto aparece como patológico, necessitando de intervenções como a cesariana para prevenir possíveis complicações.

A possibilidade da cesariana só para quem pode pagar gera um desconforto entre os obstetras, pois é necessário um discurso de que para as mulheres que utilizam o SUS o parto vaginal é o mais adequado, causa menos riscos e deve ser estimulado, já as que podem pagar não necessitam ser expostas ao processo de trabalho de parto e à tentativa do parto vaginal. Como pode ser observado no relato a seguir.

> [...] já as pacientes do SUS, elas se sentem um pouco menosprezadas por “não terem” o direito de escolherem pela cesariana, então, nesse momento eu tento explicar que na verdade independente da classe social é o ideal para todo mundo, a gente tenta mudar um pouquinho. (Obstetra 08)

De acordo com a fala da obstetra 08, é necessário um convencimento para as mulheres do SUS de que o parto normal é o ideal para todas independente da classe social, por outro lado, a cesariana por ser um procedimento cirúrgico que envolve riscos e que não pode ser ofertado a todas.

A contradição apontada no relato da obstetra, pode ser visto também no estudo de Cordova (2008) realizado com mulheres da saúde suplementar, que apontou uma desvalorização dos obstetras em função do parto fisiológico, a escolha pelo parto normal apareceu em segundo plano, somente se estivesse tudo bem com a gestação, seria possível esse tipo de parto.

Nesta perspectiva, penso que, no meio médico, a cesariana é a primeira escolha quando se pode pagar por ela e o parto vaginal aparece em segundo plano. Entretanto, quando se trata de mulheres que utilizam o SUS, o discurso é de que a cesariana é um procedimento de risco. Cabe ressaltar, que o discurso que obstetras enunciam geralmente é o que é acatado pelas mulheres que utilizam o sistema privado ou o SUS. Esse fato mostra o quanto o médico, através do saber que detém, produz verdades sobre os diferentes tipos de parto e as fazem funcionar entre as mulheres.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2015, foram realizados 569.118 partos na rede credenciada em todo o país. Desse total, 481.571 ocorreram por cirurgias cesarianas, o que corresponde a 84,6% do total de nascimentos realizados na saúde suplementar. Frente a esta realidade, foi estabelecido, em 2015, a Resolução Normativa nº 368, com medidas que objetivam a redução do número de cirurgias cesarianas desnecessárias no setor. Esta resolução normativa também estabeleceu a obrigatoriedade das instituições em fornecerem as informações necessárias no cartão da gestante, de acordo com padrão definido pelo MS, no qual deverá constar o registro de todo o pré-natal. O cartão deverá conter também a carta de informação à gestante, com orientações e informações necessárias para que a mulher tenha subsídios a fim de tomar decisões e vivenciar com tranquilidade esse período tão especial (BRASIL, 2016).

A resolução ressalta que há ainda a possibilidade de realização de cirurgia cesariana a pedido. Neste caso, além do relatório médico, a gestante deverá assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2016).

As alternativas, principalmente, quanto ao esclarecimento das gestantes que são credenciadas aos planos de saúde ou que podem arcar com os custos do parto sobre os riscos e benefícios da cesariana, parecem que poderão colaborar com a diminuição das taxas de cesariana. Entretanto, a escolha pela cesariana parece estar ancorada em fatores que vão além desta explicação, visto que, muitas

gestantes que utilizam o sistema privado têm o conhecimento sobre os riscos e benefícios e mesmo assim escolhem a cesariana.

A escolha pela cesariana entre obstetras e gestantes está ancorada em práticas e relações de poder/saber, as quais, de acordo com Foucault (2013a), são mais espessas e difusas do que um conjunto de leis e portarias. Ocorrem em relações que atravessam os corpos, capazes de produzir sujeitos, tornando possíveis resistências e lutas de cada um.

Considero importante a problematização que o estabelecimento de manuais sobre os tipos de parto, assim como as estatísticas seguidas de porcentagens no que se refere à cesariana, faz com que os obstetras sejam capturados por meio desse discurso. Quando os obstetras dizem que as gestantes no SUS, embora desejem a cesariana, precisam passar por uma prova de parto, pois existem manuais e rotinas estabelecidas pelos programas, entende-se que os mesmos são responsabilizados pelos índices de cesariana. As estratégias de governamento para o controle das taxas de cesariana e formas de agir na atenção ao parto fazem pensar que há uma preocupação com o planejamento das condutas dos indivíduos.

Neste contexto, percebo o quanto é importante o acompanhamento da gestante desde o início de sua gestação e os benefícios que isso traz, tais como gestação saudável, identificação precoce dos riscos, detecção de anormalidades e dos fatores que possibilitam a prevenção da morbimortalidade na gestação e parto. Entretanto, é necessário considerar que é possível, por meio desse acompanhamento, a monitorização contínua sobre as rotinas da gestante, as prescrições para cada semana da gestação, a maneira de viver a qual a gestante necessita se adequar para seu bem-estar, enfim, todo esse acompanhamento colabora para a formação de um saber e assim o exercício do poder.

Para Schwengber (2009), o corpo da gestante tem sido um instrumento de ação durante a gravidez, no que concerne a prática de exercícios físicos para que a mesma se auto constitua enquanto ser autônomo, mas não de qualquer forma, e sim de forma comedida, tranquila, segura e docilizada. Cabe ressaltar que essas atividades tem a pretensão de desenvolver a autonomia da gestante durante a gestação, parto e trabalho de parto, mas ao mesmo tempo, orientar suas condutas no sentido de fabricar a mãe zelosa, cuidadosa e afetuosa.

O discurso da promoção de saúde na gestação interpela as mulheres enquanto mães que devem gestar e parir crianças saudáveis. Aquelas que não se

mobilizam para fazer as escolhas certas são posicionadas como mães de risco – uma linguagem que produz sujeitos que se tornam alvos de práticas educativas e de intervenção mais sistemáticas e estandardizadas (RIFFEL, 2005).

A construção da maternidade tem sido alvo de discussão na atualidade. A circulação de um discurso que dita os requisitos que uma mãe deve apresentar para ser considerada padrão na sociedade, vem sendo problematizado, tensionado e questionado (MARCELLO, 2003; SCHWENGBER, 2006; RIFFEL, 2005).

Em relação a isso, em sua dissertação de mestrado, Marcello (2003) aponta que algumas mães famosas, como Xuxa Meneghel, Cássia Eller, Luciana Gimenez e Vera Fischer, embora com uma rotina desgastante de trabalhos e, como no caso de Vera Fischer e Cássia Eller com o uso de álcool e drogas, durante a gestação e amamentação, modificaram seus hábitos para exercer a maternidade. A autora problematiza que as mudanças estão relacionadas às regras de um discurso que é veiculado pelos profissionais da saúde, pela mídia, pelos familiares e amigos de que é responsabilidade da gestante o bem-estar do bebê.

Schwengber *(*2009) refere que as estratégias de governamento propagadas pela mídia e ressaltadas, por exemplo, pelo discurso das práticas corporais e esportivas, parecem narrar às gestantes, de muitas e diferentes maneiras: sejam donas de si! Entretanto, ao mesmo tempo em que as mulheres são motivadas a serem donas de si, são também reguladas por um discurso dominante.

Além dos discursos que conduzem a forma da mulher gestar, existe o discurso que confere a cesariana como um procedimento seguro e eficaz, e a possiblidade das mulheres de a escolherem, no dia e hora que quiserem, parece promover a sensação de controle sobre seu corpo. Mas será que a gestante neste momento não está atravessada por esse discurso, quando ela é na verdade sujeito da ação de outros profissionais?

Além disso, é necessário refletir sobre o quanto os profissionais de saúde utilizam-se das atividades no pré-natal para educar os corpos grávidos para que a mulher escolha a melhor via de parto. Será que a docilidade desse corpo não os favorece no momento do parto, uma vez que a mulher quando já “aprendeu” o que deve fazer no trabalho de parto, facilita também a forma de agir dos profissionais? A quem de fato a autonomia das gestantes favorece ou desfavorece na hora do parto?

O relato de um obstetra sobre a importância dos grupos de gestantes para a condução do parto ajuda nestas reflexões, como segue:

> Acho que tem um defeito no pré-natal que é assim, as pessoas não são informadas do que vai acontecer, não sabem o que é um parto entendeu? Que o parto tem um período de dilatação que vai durar várias horas e que depois tem o período expulsivo entendeu? Então as pessoas não conhecem isso, isso não é explicado, as pessoas na maioria das vezes pensam que vão chegar aqui, rompeu bolsa e o bebê vai chegar aqui nascendo, não sabem que vai ter aquele período todo de trabalho de parto, entendeu? Isso é a pior dificuldade, acho que o pré-natal é mal feito [...] Eu tinha, quando eu era professor, um grupo de gestantes [...] O grupo era para ser orientado sobre esse tipo de coisa, mesmo que normalmente no pré-natal não tem, então era para explicar para a mulher o que era um trabalho de parto, como é que corre, o que ela vai sentir, o que ela vai passar, explicar para o familiar, para o familiar também entender, que muitas vezes a mulher, a parturiente não está se queixando muito, mas a família está ansiosa, no grupo de gestante o objetivo que a gente tinha era exatamente esse, de fazer com que a paciente chegasse para ganhar o bebê, tivesse uma informação mais adequada do que iria acontecer com ela. (Obstetra 06)

O dito do obstetra mostra que ao conhecer os períodos do trabalho de parto, a forma como vai ocorrer e o tempo que pode durar, a gestante fica mais tranquila e segura, possibilitando, assim, sua participação, juntamente com os familiares, nesse momento. Porém, considero relevante tencionar o quanto esse “conhecimento e participação” da gestante favorecem o trabalho dos profissionais no sentido de que a gestante “educada” sabe o que fazer e não solicita os profissionais de saúde todo momento.

Também questiono, até que ponto esse conhecimento que a mulher aprende nos grupos é de fato reconhecido e incentivado pelos obstetras, pois quando a mulher é conhecedora dos procedimentos a serem realizados e de seus direitos, tem a possibilidade de questionar e resistir a algumas práticas durante o parto. Ressalto que o mesmo obstetra que enunciou que “a mulher é dona do seu corpo, mas não pode decidir uma coisa que é do médico”, aqui, aparece defendendo a participação das gestantes.

Para Matos et al. (2017), o grupo de gestantes é um espaço onde a mulher pode se preparar para o processo de parturição, pois as informações e as trocas de experiências oferecem e reforçam os subsídios para suas escolhas e tomadas de decisão em relação ao nascimento de seu filho. Neste espaço, o profissional de saúde tem a tarefa de compartilhar informações e favorecer o conhecimento construído de forma recíproca, em clima de confiança e aprendizado.

Não se trata aqui de condenar a prática de grupo para gestantes, mas de problematizar o quanto as atividades tidas como ferramentas para educação em saúde também se configuram como práticas de adestramento e regulação dos

corpos grávidos e na produção de corpos homogêneos. E o quanto os profissionais de saúde estão envolvidos nessas práticas.

De acordo com Riffel (2005, p.165), a mesma sociedade que considera a antecipação do parto um modo de parir usual “naturalizado”, “sem estresse”, “fácil”, “controlável” pela família e pelo profissional passa a considerar a cesariana como uma das maiores epidemias, provocadas pelas instituições de saúde.

Nesta perspectiva, entendo a importância das políticas públicas e das ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde em busca do protagonismo e participação da mulher nas condutas a serem realizadas ou tomadas sobre seu corpo. A mulher quando conhecedora da fisiologia do processo de parturição e de seus direitos participa ativamente do parto e o vivencia com segurança e tranquilidade. Porém, é preciso considerar, como já foi discutido, o exercício de um poder sobre o corpo, o biopoder, que atravessa gestante, obstetras e os demais profissionais da saúde, visando extrair maior produtividade dos indivíduos e controlando a população de gestantes, obstetras e profissionais de saúde.

6.2 O pastoreio dos corpos grávidos

Para tratar sobre o conceito de governo, Foucault (2008), em seu curso “Segurança, Território e População”, retoma o sentido que a palavra tinha no século XVI. É importante deixar claro que, para o autor, o conceito de governo não se refere a estruturas políticas e à gestão do Estado, mas à maneira de dirigir a conduta dos indivíduos e dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes, compreendendo o governo como atividade que diz respeito tanto à relação da pessoa com ela própria, como no que diz respeito à questão do governo no domínio político. Portanto, nessa perspectiva, o que é governado não é um Estado, um território ou mesmo uma estrutura política, o que se toma por objeto de governo são as pessoas, as coletividades, os indivíduos.

A governamentalidade teve início ao final do século XVI e tem como pano de fundo a pastoral cristã. O pastorado está relacionado há três aspectos: primeiramente a salvação, que tem a finalidade de conduzir os indivíduos da melhor forma possível para que avancem no caminho da salvação. Em segundo plano o pastorado está relacionado com a lei, pois para que o indivíduo possa alcançar a salvação é necessário o cumprimento de uma série de mandamentos de acordo com

a vontade de Deus e, em terceiro, a verdade, já que só se pode alcançar a salvação por meio da verdade. Porém o autor nos provoca a pensar o pastorado de outra forma, quando afirma que o pastorado cristão é uma forma de poder, no qual por meio da problemática da salvação introduz no interior da economia global técnicas de circulação, de transferência e de inversão de méritos.

O pastorado estabelece uma relação de obediência que individualiza e totaliza ao mesmo tempo. Para tanto, faz uso de mecanismos, como o exame, a confissão, a investigação de si e de outros, no qual será possível se exercer o poder do pastor por meio da obediência integral e da produção de verdades, de uma verdade transmitida como dogma a todos os fiéis. No poder pastoral há um direcionamento da alma da pessoa pelo pastor, e, assim, nenhuma comunicação com Deus pode ser feita se não controlada pelo pastor. Tem-se a submissão de um e a obediência a outro (FOUCAULT, 2008).

O poder pastoral em alguns momentos pode ser percebido na relação obstetra e gestante, uma vez que em determinadas situações o obstetra assume a posição de pastor, responsabilizando-se pela “salvação” da gestante. Entretanto entendo que o ‘pastor’ dá a vida pelas ovelhas, fato que não é percebido na relação gestante e obstetra, porém são questionamentos que tem a intensão de tencionar e problematizar tais questões. Trago aqui a palavra “salvação” como um bom desfecho para o parto. Em muitas situações, o obstetra é o responsável pela vida da mulher e do recém-nascido e sua “missão” é fazer o parto com o menor risco para mãe e filho.

> Sempre digo que quando a gente começa o pré-natal, a gente começa a caminhar juntas, é uma maneira que eu tenho de abordar o parto, eu digo que o trabalho de parto e o pré-natal é um caminho que o obstetra e o paciente estão começando uma caminhada juntas, num passeio e nesse passeio pode ter pedras, ele pode ter flores, ele tem pessoas que vão participar desse passeio que é a família, o ultrasonografista que é o cara do laboratório, muitas vezes o fisioterapeuta porque precisa, e então a gente vai conversando sobre esse passeio, e que lá no final tem uma ponte e que essa ponte precisa ser atravessada para chegar no seu destino final que é o seu bebê, só que ela não vai atravessar essa ponte sozinha, eu deixo bem seguro para essa paciente que esse é o objetivo do parto, então que ela não tem que se preocupar agora com aquela ponte que ela vai atravessar adiante, a gente não tem que se preocupar com o parto durante o caminho, a gente tem que aproveitar o caminho e cada momento que ela vai passar pelo caminho ela tem que vivenciar e aproveitar o caminho, até as náuseas, as dores, os movimentos, tudo o que ela está passando ela tem que vivenciar, ela não tem que focar no parto, o parto é o momento que a gente prepara para atravessar porque a ponte é alta, tem pessoas que tem medo de altura mas ela vai estar com a minha mão, ela vai ter a segurança que vai estar com a minha mão do lado, se ela tiver que ser carregada para uma cesariana ela vai estar comigo, se ela tiver que atravessar sozinha com as

> pernas dela ela vai estar com a minha mão do lado, então ela encara o parto de uma forma diferente no meu pré-natal tipo assim, não estou desamparada. (Obstetra 13)

Por outro lado, para que a gestante tenha um bom desfecho no parto é necessário que a mesma siga as orientações e prescrições do obstetra antes e durante a gestação. Nesse sentido, aparece um governamento do corpo da gestante, por meio de técnicas que propiciam a confissão sobre seus medos, temores, anseios e o acolhimento frente aos conselhos dos obstetras. Foucault (2008), ao referir que no poder pastoral é necessária a submissão de um e a obediência a outro, nos ajuda a compreender alguns excertos das entrevistas das gestantes quando apontam que não questionam a conduta médica em relação a escolha pela cesariana.

Dessa forma, as gestantes passam a ser conduzidas nessa relação, como apontado por Foucault (2008), ou seja, a condução dos homens é um elemento presente no poder pastoral. A condução é um conjunto de métodos que permite conduzir a maneira como as pessoas se comportam, seus hábitos e suas atitudes, assim como, a dos indivíduos e das populações, a partir de diferentes mecanismos e estruturas institucionais de intervenção no corpo físico, subjetivo e social dos indivíduos e das populações.

A condução do que fazer e como fazer, em busca do nascimento adequado para seu filho, pode ser observada no relato da puérpera 09 a seguir.

> Na minha primeira consulta a minha ginecologista já me disse que seria cesárea, por causa do diabetes e que o meu parto seria cesárea e que iriam tirar antes das 39 ou 40 semanas. O pré-natal foi tranquilo, mas com muitos exames que eu não sabia para que serviam mas eu fazia, a obstetra solicitava e eu fazia, tudo para o bem do bebê, era uma gravidez de risco, então ela (a obstetra) disse que eu tinha que me cuidar mais, cuidar alimentação, fazer caminhadas, fiz mais ultrassom do que as outras grávidas fazem, fiz três do coraçãozinho dele. (Puérpera 09)

Neste contexto, Meyer (2010) problematiza que os corpos grávidos e maternos são constituídos como territórios de biopolíticas contemporâneas, uma vez que a educação em saúde exercida sobre esses corpos, por meio de conhecimentos e práticas que produzem, atualizam e dizem o que a mãe ou a gestante são ou devem ser, se constituem importantes estratégias de condução para o governamento dessa população.

Frente a isso, penso que os discursos que circulam na mídia e na sociedade em geral apontam os profissionais da saúde, e mais precisamente o obstetra, como

responsáveis pelo gerenciamento, proteção e cuidado com os corpos de mãe e filho. Por sua vez, as gestantes, para garantir o cuidado de si e do recém-nascido, delegam aos obstetras a condução do processo de parir. Como mostra o relato a seguir:

> Ah! eu acho que tem que ser o médico, por que ele que sabe o que é o melhor, se eu tivesse escolhido pelo parto normal e tivesse acontecido alguma coisa iria ser culpa minha, então eu acho que eles escolhem o que é melhor para gente, eles estudaram, eles não iriam tentar um parto normal para colocar a minha vida e a do meu filho em risco, e foi tudo rápido que eles falaram que eu iria para cesárea porque também o MAP mostrou que o bebê não estava mexendo muito, foi tudo rápido, mas como tinha que ser. (Puérpera 12)

A partir do excerto acima, é notório que a gestante em nenhum momento questiona a cesariana, uma vez que ela confia inteiramente na condução do parto pelo obstetra, independente da via que for necessária. Ainda, é possível observar a culpabilização da gestante, caso venha acontecer alguma coisa com o filho.

A seguir, com o intuito de problematizar tal poder, apresento a fala de uma puérpera do SUS que diz ter o desejo pelo parto normal, porém designa ao obstetra a escolha pelo tipo de parto, em busca do que é melhor para a filha.

> Dependendo do estado que em que tu está, de como está a tua situação, se é um caso de emergência, se tu não tem mais líquido e é obrigado a tirar ou se tu não vai ter força para trazer a tua filha ao mundo, não é uma escolha da gente, mas tem vários casos que a pessoa não tem escolha entendeu, se ela é médica e ela est dizendo para mim que o melhor é uma cesariana eu vou concordar entendeu, é a minha filha que está em risco, se disser para mim que é uma cesariana é uma cesariana eu não vou me importar mesmo querendo um parto normal. (Puérpera 06)

A arte de governar se constitui vinculada à descoberta de uma verdade, a qual implica no desenvolvimento de um saber e de uma especialidade. As diferentes sociedades pressupõem procedimentos e meios para o exercício de um poder de controle sobre a vida individual e coletiva, de modo a garantir ordem e segurança e configurar saberes que não são de domínio público. O governo aqui é entendido como técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta dos homens (FOUCAULT, 2014b).

O exercício do poder pastoral também se apresenta nos aparelhos de medicalização coletiva que geram as populações, por meio do controle da saúde, da cultura médica de cuidados com o corpo, com o ambiente, enfim com o modo de vida, que resultam em um padrão de normalidade e anormalidade. Este sistema de

normalização se coloca para a sociedade como regimes de verdade. O regime de verdade, segundo Foucault (2008), se constitui a partir de procedimentos pelos quais os sujeitos se ligam ou se articulam com uma manifestação de verdade.

As políticas públicas de atenção ao pré-natal e parto são estratégias de governamentalidade da população de mulheres, uma vez que estabelecem condutas e rotinas tidas como verdade, as quais as gestantes necessitam se articular para que possam ser consideradas dentro do padrão da norma. Exemplo, desta governamentalidade instituída na atenção à mulher grávida, é o número mínimo de consultas de pré-natal que a gestante necessita realizar até o parto, assim como os exames que devem ser realizados em cada trimestre, o ganho de peso esperado para cada trimestre, dentre outros.

Diante desse sentido atribuído a governamentalidade é que, neste estudo, busco problematizar como a racionalidade da atualidade determina as formas de conduzir as condutas dos sujeitos, gestantes e obstetras, possibilitando a emergência de diversas estratégias, dentre elas, o Programa de Humanização do Pré-natal, parto e puerpério e a Rede Cegonha, os quais norteiam as ações dos indivíduos. Tendo em vista que esses programas contribuem para a constituição de um saber sobre a população das gestantes, estabelece-se assim um jogo de cuidados no qual o pastor se encarrega da redenção do seu rebanho e ao mesmo tempo cuida de cada uma das suas ovelhas individualmente (FOUCAULT, 2008).

De acordo com a OMS e com o MS, o parto normal é o indicado para as mulheres devido aos menores riscos de morbimortalidade materna (OMS, 1996; BRASIL, 2000; BRASIL, 2011). Diante desta prerrogativa, os obstetras participantes deste estudo relataram que, independentemente de ser atendimento pelo SUS ou convênio, orientam que a indicação do parto vaginal é a melhor via de parto, devido aos benefícios que possibilita à mãe e ao filho, como mostram os relatos a seguir.

> Eu tinha uma abertura muito tranquila com as pacientes do SUS, por que as vezes a criatura chega e te diz assim, “não quero, eu tenho medo de ganhar de parto normal”, então eu explico todos os benefícios do parto normal para a mãe e a criança, mas nunca obriguei, não tu é SUS, tu tens que ganhar de parto normal entendeu? Mas claro, tu tentas convencer cientificamente que essa via de parto é a melhor, mas eu vejo que as pacientes do SUS tem menos cultura de pedir a cesariana, porque elas já sabem que vão ganhar pelo SUS então vão ganhar de parto normal e se precisar irão sim fazer a cesariana, e as que tem convênio ou podem pagar particular, elas já sabem mais que tem essa possibilidade de escolha, então tem umas que já chegam dizendo que querem e optam pela cesariana. (Obstetra 07)

> A maioria que chega, já está em trabalho de parto, então ela já vem por contração, por romper bolsa, ou por alguma alteração, não é como no pré-

> natal que muitas vezes tu faz programado, a maioria delas aqui, já chegam com alguma queixa, ou em trabalho de parto, ou já está com 41 semanas e acabam evoluindo, se não tiver em trabalho de parto a gente orienta, se tiver em trabalho de parto a gente interna e a gente induz da melhor maneira e claro sempre conversando com a paciente, sempre em concordância com ela, olha vamos tentar o parto normal se não der a gente vai te acompanhando e a princípio todas aceitam bem. (Obstetra 05)

De acordo com o relato das obstetras, a regra é que o parto normal é o melhor para todas. Porém, se alguma mulher teme essa modalidade ou não a quer por outros fatores, como, por exemplo, ter convênio ou fazer o parto particular, como consta na enunciação “as que tem convênio ou podem pagar particular, elas já sabem mais que tem essa possibilidade de escolha” porque não dar uma atenção individualizada aquela ovelha de seu rebanho? Cabe ressaltar que esse governo/pastoreio está ligado a uma relação de poder. Neste sentido, Foucault nos provoca a pensar e problematizar sobre quais táticas e engendramentos podem estar envolvidas no poder pastoral e quem pode pastorear um conjunto de pessoas. Podemos observar que os obstetras são aqueles que têm pastoreado as gestantes na condução sobre a escolha da via de nascimento, por outro lado, também são conduzidos, principalmente quando atuam no SUS, por políticas públicas que norteiam o parto.

6.3 Pré-natal: O corpo arregimentado

Em seu curso “Em defesa da sociedade”, na aula de 17 de março de 1978, Foucault (2008) discorre inicialmente que no século XVII e XVIII surgiram as técnicas que eram direcionadas para o corpo, o corpo individual. Essas técnicas eram responsáveis pela distribuição espacial dos corpos individuais, (alinhamento, separação, colocação em série, em função da vigilância), que deveriam ser exercidas mediante a um sistema de vigilância, de inspeções, de registro e relatórios. Na disciplina ocorre a individualização dos corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e os faz circular em uma rede de relações. A disciplina visa não somente o aprofundamento das habilidades do corpo, nem tampouco a sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna mais obediente e ao mesmo tempo mais útil. O corpo humano entra em uma maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe, assim, por meio da disciplina ocorre a fabricação de corpos submissos e exercitados, ou seja, corpos dóceis (FOUCAULT, 2014b).

Ao focar na consulta de pré-natal, procuro trazer aqui algumas noções sobre a disciplina, pois percebo que ainda operam algumas atribuições do poder disciplinar na relação obstetra/gestante que se iniciam na consulta de pré-natal e operam até o parto.

No momento em que se tem um corpo-grávido disciplinado, é possível o acompanhamento da gestante e sua família, assim como, a produção de saberes sobre essa população. A vigilância sobre esse corpo-grávido se dá em inúmeros espaços como: consultório médico, acompanhamento nas UBSs academias, consultórios de nutricionistas, fisioterapeutas, cursos para gestantes, dentre outros.

Cabe ressaltar que as gestantes adquirem informações sobre como adestrar o corpo grávido não somente nos lugares citados acima, mas também na mídia por meio da circulação dos discursos científicos, em blogs, páginas disponíveis na internet, nas revistas e livros. As rodas de conversa na família, nos grupos, no trabalho, enfim, em diversos seguimentos na sociedade.

A gestação, o parto, e o nascimento são eventos carregados de sentimentos profundos, com intenso potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais enriquecedoras na vida das mulheres, de seus parceiros e familiares (MALHEIROS et al. 2012).

Durante a gestação, a mulher sofre inúmeras transformações, está vulnerável, exposta a múltiplas exigências, vivenciando um período novo em sua vida de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social (BERETTA et al. 2008).

De acordo com o MS, o pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas. Ainda, é preconizado o mínimo de seis consultas com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: até 28ª semana, mensalmente; da 28ª até a 36ª semana, quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana, semanalmente. No pré-natal, considerado adequado, é preconizado, pelo MS, a captação precoce da gestante para que possa ser acompanhada desde o início da gestação (BRASIL, 2012).

A primeira consulta tem uma série de procedimentos a serem realizados tais como: anamnese os aspectos socioepidemiológicos, antecedentes familiares e

pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual, história clínica da gestante, exame físico completo e específico, solicitação de exames complementares e condutas gerais (BRASIL, 2012).

As condutas gerais englobam as orientações sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional, informações e respostas às indagações da mulher, de seu companheiro e da família, prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) para profilaxia da anemia, orientação sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso, referenciar a gestante para atendimento odontológico, encaminha-la para imunização antitetânica (vacina dupla viral) quando não estiver imunizada, referenciar para serviços especializados quando necessário; realizar ações e práticas educativas individuais e coletivas (BRASIL, 2012).

É notável que a consulta do pré-natal tem contribuído de forma eficaz na diminuição dos índices de morbimortalidade materno-fetal. No entanto, me proponho a realizar o movimento de problematização sobre uma série de táticas e procedimentos como o exame, o registro, o adestramento e o aperfeiçoamento do corpo que operam sob a ótica do poder disciplinar, presentes na consulta de pré-natal.

Cabe, entretanto, uma problematização sobre o corpo físico adequado que a gestante deverá obter na gestação, segundo o caderno de pré-natal de baixo risco do MS. Neste caderno constam orientações quanto ao ganho de peso que a gestante deverá apresentar no decorrer da gestação. Na primeira consulta de pré-natal o obstetra, ou enfermeiro, deverá calcular o índice de massa corporal da gestante e classificá-la em baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade. Se a gestante apresentar alguma anormalidade em relação ao peso será encaminhada ao nutricionista e/ou ao educador físico para que possa desenvolver um plano de atividades a fim de conseguir os parâmetros ditos normais (BRASIL, 2012).

Outra forma de adestramento e vigilância do corpo-grávido são os exames. A gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser submetida a uma série de exames para obter dados sobre sua saúde e a do filho. Caso a gestante apresente alguma anormalidade, quanto ao padrão dos resultados, necessitará ser encaminhada ao pré-natal de alto-risco e assim ser acompanhada com mais afinco.

Segundo Foucault, o exame combina técnicas da hierarquia de quem vigia e as da sanção que normaliza. Trata-se de um controle normalizante, uma vigilância

que permite qualificar, classificar e punir, estabelecendo sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados (FOUCAULT, 2014b, p.181).

No poder disciplinar, uma das formas de aprofundar a vigilância dos corpos se dá por meio do hospital e da figura do médico. O hospital configurou-se como aparelho examinador, principalmente, por meio da visita médica. A inspeção que era anteriormente realizada de forma rápida e descontinua, se transformou em uma observação regular que coloca o doente em situação de exame quase perpétuo (FOUCAULT, 2014b).

Na atualidade, a consulta de pré-natal não é realizada necessariamente no âmbito hospitalar, mas como é possível perceber, os consultórios médicos, as clínicas obstétricas e as maternidades advêm desse local e carregam algumas práticas, como as citadas acima, que possibilitam uma rotina quanto ao monitoramento da gestante.

Além disso, de acordo com estudo realizado por Castro (2005), a sociedade está sob a égide de um modelo biomédico, tecnocrático de assistência que considera a gestação sob o prisma patológico, ancorado em condutas que não levam em conta os aspectos sociais e psicológicos da mulher na gestação.

Em consonância com o estudo de Castro (2005), neste estudo foi possível observar a maneira tecnicista e padronizada com que são realizadas as consultas de pré-natal, que se consideram as questões fisiológicas em detrimento das questões psicológicas e sociais que podem ser observados nos relatos de duas puérperas sobre duas consultas do pré-natal realizadas no SUS:

> A primeira consulta eu fiz um cadastro com a enfermeira obstétrica depois eu fui acompanhada pelo médico mensalmente, aí no final eram por semanas as minhas consultas [...] a enfermeira fez o cadastro com todas as perguntas, se era a primeira gravidez se não era, como foi a primeira, fez os testes rápidos de sífilis e HIV, hepatite, pediu os exames. Tinha o acompanhamento dos exames, orientação quanto ao peso e a alimentação, eles perguntavam na verdade como que era a rotina, como eu não tinha muitos problemas e eu vinha de uma dieta de reeducação alimentar então eu não tive nenhuma alteração na gravidez.[...] a conversa mesmo foi mais na primeira consulta, nas outras era mais rápido, eles ouviam o coraçãozinho do bebê, mediam a barriga, olhavam os exames e pediam outros, eram mais tranquilas, na primeira que se tinha algum problema, mas como correu tudo bem durante todo o tempo. (Puérpera 10)

> Eu chegava lá, eles marcavam às 07h30min para consultar as 09h00min e saía de lá às 10h00min porque era bem demorado, tu chegavas, tinhas que dar o teu nome ao entrar lá dentro, aí eles conversavam contigo, escutavam o coração do nenê, pesavam, mediam o tamanho da barriga e já faziam toda a rotina normal. [...] Eles conversavam muito comigo sobre a

> alimentação, sobre o meu sono, essas coisas assim de conversar, eles não faziam muito sabe, eles faziam o que tinha que fazer, que era pesar e depois iam lá nos professores e depois vinham e me falavam os exames que tinham que fazer, porque além do HIV, eu tive sífilis na gestação, eles me perguntavam se eu estava fazendo o tratamento e eu dizia que com certeza estava fazendo o tratamento desde o postinho onde eu fiz a minha primeira consulta, e aí pediram os exames de novo e aumentou a sífilis, me deram o encaminhamento para eu e o meu marido fazer os dois juntos, o tratamento e daí fizemos o tratamento e as próximas consultas mais exames, eram mais exames mesmo. (Puérpera 06)

Por meio dos excertos das puérperas acima, observa-se que na consulta de pré-natal, embora tenham fornecido algumas informações e orientações, estiveram pautadas em procedimentos técnicos como verificação dos sinais vitais, solicitação de exames e a medição do peso e altura uterina.

Conforme a fala da puérpera 06, o diálogo esteve pouco presente, e devido ao fato da puérpera ser portadora do vírus HIV, as consultas de pré-natal estiveram ancoradas na solicitação e avalição dos exames. Fato que vem ao encontro de outros estudos que mostram a consulta de pré-natal de forma reducionista, pautada na patologia e não na gestação (ZAMPIERI; ERDAMAN, 2010; FREIRE, 2011).

Para Nunes (2014), a realização do pré-natal, voltado a procedimentos técnicos, é a pavimentação de um caminho que prepara mais na direção de uma cesariana do que um parto vaginal. É um pré-natal em que o corpo da mulher é tratado como defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, transformando a gestação em doença e produzindo uma subjetividade enfraquecida, temerosa e duvidosa em relação a sua potência.

Os relatos das gestantes permitiram identificar a consulta de pré-natal como um momento de exame do corpo da gestante, pautado no físico, uma vez que foram considerados os níveis tensionais da pressão arterial, o peso e o crescimento do feto, por meio da altura uterina.

Segundo Zampieri e Erdaman (2010), a consulta pré-natal na atenção básica caracteriza-se, quase sempre, na realidade brasileira, como um momento rotineiro, técnico, rápido, sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas. Neste contexto, o diálogo e a formação de vínculos, na maior parte das vezes, são deixados de lado em detrimento das rotinas estabelecidas.

O corpo grávido tem sido investido por pedagogias educadoras através de discursos midiáticos sobre como as futuras mães devem manter-se saudáveis e

produtivas na gestação. Um exemplo dessa educação são as reportagens da revista Pais & Filhos sobre o cuidado que se deve ter com o feto na gestação, esse cuidado é uma forma da mãe demonstrar afeto e responsabilidade com o bebê ainda no útero. As reportagens também tencionam que o descuido com o corpo grávido é tido como negligência da mãe com o filho (SCHWENGBER, 2006).

Neste sentido, a gestante deve seguir as indicações das revistas, dos livros, dos programas de televisão e, principalmente, os conselhos fornecidos nos lugares legitimados pelo saber, como consultórios médicos, clínicas de fisioterapia, academias, dentre outros, para obtenção de um corpo saudável e, porque não, o status de “boa mãe”. Essa lógica vem ao encontro do modelo biologista e intervencionista que impera nas consultas de pré-natal.

Foi possível perceber neste estudo o quanto a consulta de pré-natal esteve focada nas ações intervencionistas e a maneira como o discurso tecnicista é enunciado e perpassado no meio acadêmico. Frente a isso, dois excertos das entrevistas de obstetras que atuam na consulta de pré-natal na supervisão de acadêmicos apontam a forma como desenvolvem a consulta pré-natal:

> Era mais o pessoal, no caso os doutorandos que faziam e os residentes e a gente orientando, claro muitas vezes a gente acaba indo até a paciente para tirar alguma dúvida ou mesmo para orientar melhor ou para reavaliar se for necessário, mas são eles que fazem a frente [...] era uma consulta normal, pedia exames, fazia exame físico BCF (batimento cardiofetal), altura uterina, toque vaginal, pressão arterial, peso da paciente, outros órgãos do sistema se for necessário, e solicitação de exames de rotina. (Obstetra 10).

> Na realidade como é um ambiente de faculdade, os alunos conversam com a paciente, passam o caso para mim e na hora do exame físico a gente fiscaliza, e o que eles tiverem dúvida a gente confere, é assim que a gente faz. Geralmente lá no ambulatório tem a carteirinha de pré-natal, fica uma com a gente, uma com a paciente, passa os dados do exame físico nas duas carteirinhas, a gente trabalha com os manuais do Ministério da Saúde, basicamente assim de conduta e de exames, alguma outra coisa que difere, mas geralmente é Ministério da Saúde. [...] é que na realidade toda a consulta inicial e a parte da orientação é feita pelo doutorando, não é a gente que tem contato direto com a paciente, porque é uma supervisão tu entendes, então ele [aluno] vem, ele [aluno] conversa com a paciente, ele [aluno] fala para mim tudo o que a paciente fala, a gente vai examinar e eu oriento ele, ele orienta a paciente. (Obstetra 09)

É interessante dizer que não se trata de condenar a prática do pré-natal entre professoras e acadêmicos da medicina, uma vez que os procedimentos que os obstetras referiram realizar são condutas necessárias no pré-natal e contribuem significativamente para a diminuição da morbimortalidade materno fetal e para o bom desfecho no processo de parturição. Trata-se de problematizar a relação de

poder/saber que se apresenta nas situações acima, uma vez que, o saber médico incide sobre o corpo da gestante, por meio de rotinas, procedimentos e registros, de tal forma que gera uma apropriação do corpo da gestante em busca de anormalidades. A gestação parece ser vislumbrada sob o prisma da doença, já que se procuram sintomas e imperfeições que necessitam de correções.

As relações de poder presentes na consulta de pré-natal são perceptíveis sob a forma como as gestantes são conduzidas nessa relação. As gestantes permanecem sob a vigilância dos profissionais e estudantes, tendo suas especificidades apontadas na carteira de pré-natal, o que permite o registro e o monitoramento do corpo grávido. O exercício de poder, assim, é uma possiblidade de ação de uns sobre os outros, de um poder móvel, e por isso se tem a possiblidade de resistir a qualquer momento.

De acordo com Foucault, (1996 p.242).

> O exercício de poder não é simplesmente uma relação entre parceiros individuais ou coletivos, é um modo de ação de alguns sobre outros. ou seja, não há algo como o "poder" ou "do poder" que exista globalmente, maciçamente ou em estado difuso, concentrado ou distribuído: só há poder exercido por 'uns" sobre os "outros"; o poder existe em ato, mesmo que, é claro, se inscreva num campo de possibilidade e esparso que se apoia sobre estruturas permanentes.

A consulta de pré-natal, quando realizada a partir do paradigma biomédico, no qual predominam as condutas estabelecidas por padrões rotineiros como exames, aferição dos sinais vitais e medidas antropométricas, configura-se em uma relação de poder, na qual a gestante, por vezes, não participa, pois não há trocas, mas, sim, um poder que por meio do saber incide sobre o corpo da gestante. Além dessas práticas que se exercem diretamente sobre o corpo individual da gestante por meio do poder disciplinar, também foi possível perceber o exercício de um poder que se utiliza também de técnicas disciplinares, porém considera o corpo social como alvo,

Essa tecnologia de poder que não exclui totalmente a disciplina, Foucault denominou de biopoder. O biopoder se diferencia da disciplina, pois não se dirige ao homem-corpo e sim ao homem vivo, ao homem ser vivo. Na disciplina há treinamento, o adestramento e a vigilância do corpo individual, o biopoder se ocupa da multiplicidade dos homens (FOUCAULT, 2008).

Ainda para Foucault (2008), a medicina aparece como uma estratégia de poder sobre a vida das populações, uma vez que tem como objetivo em sua prática as ações direcionadas para higiene pública, a partir da normalização dos saberes, da centralização das informações e da coordenação dos tratamentos. O poder passa

a estar veiculado ao desejo de intervir para deixar viver, para aumentar a vida, controlar seus acidentes, seus desvios, suas eventualidades, suas deficiências, em busca da vida, do viver melhor.

Os mecanismos desse biopoder de fazer viver e viver melhor estão ligados a processos como seguros, poupanças, seguro-saúde, regras de higiene que melhorem a qualidade de vida da população, ou seja, uma mistura de mecanismos disciplinares com mecanismos de regulação. Nesse sentido, as práticas realizadas no pré-natal têm relação com esses mecanismos de poder, uma vez que regulam a gestante por meio de procedimentos e, assim, as convocam a realizar práticas que tornem a gestação mais saudável e produtiva possível.

O exercício do biopoder pode ser visto nas consultas de pré-natal, como mostram as enunciações de como alguns obstetras realizam a consulta de pré-natal no consultório:

> A primeira consulta de pré-natal, é aquela conversa com dúvidas, eu costumo orientar quanto a vacinação, a alimentação, pré-natal de alto risco, pré-natal de baixo risco, o que tem que fazer, exercício, relação sexual e também a via de parto, costumo também pedir para elas nas outras consultas subsequentes trazerem sempre um caderninho, um livrinho com as suas dúvidas, porque sempre saem daqui chegam na esquina e aí percebem que esqueceram de perguntar algumas coisas. Todas essas questões pertinentes ao pré-natal que claro são abordadas se necessário durante as outras consultas, mas na primeira eu tento explanar tudo, desde a alimentação, via de parto, medicações, vacinas, exercício físico, modificações do corpo, em fim até a amamentação, esse é o critério que eu faço quando elas começam o pré-natal, eu solicito todos os exames complementares, todos os exames de laboratório, explico os riscos e benefícios e no decorrer do pré-natal conforme as consultas que são mensais ou se tiver algum problema vão ser mais seguidas, a gente vai tirando as dúvidas da paciente. (Obstetra 04)

> À medida que a mulher chega grávida no consultório faço toda explicação a cada uma delas individualmente, sobre como é o pré-natal como é que se desenvolve a gravidez, então mês a mês eu coloco para a paciente o desenvolvimento, no início da gravidez coloco toda a sistemática do desenvolvimento físico e emocional da gravidez como é que ela vai enfrentar cada semana, cada mês que está passando da gravidez, as modificações físicas e emocionais que essa mulher vai ter, os hormônios, as orientações em termos de alimentação e de exercício, da vida da gestante. (Obstetra 03)

Os excertos evidenciam a presença do biopoder, uma vez que os obstetras, além de seguir protocolos, orientam as gestantes a praticar os cuidados com o corpo grávido em busca de uma gestação saudável, para que se tenha um bom desfecho no parto. Por meio dos ditos dos obstetras, percebe-se que a primeira consulta de pré-natal quando realizada no consultório, além da realização dos procedimentos

técnicos, existe um diálogo explicando o que acontece na gestação e os caminhos que as gestantes necessitam trilhar.

De acordo com Haberland e Scislesk (2017), essa forma de exercer o poder sobre a vida da gestante não encontra sustentação somente no discurso médico ou político, mas também está balizada por um conjunto de práticas discursivas ensinadas e reproduzidas por um complexo social que abarca desde a mídia até os profissionais de saúde, fato que irá incidir não apenas na forma de orientar, mas também na construção de uma maneira de pensar, sentir e agir. Assim, há um entrelaçamento entre diversos atores que operam como dispositivos de controle e dos saberes biomédicos para que as gestantes sejam conduzidas conforme o esperado.

Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, e dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação de outra (FOUCAULT, 2005 p.158).

Foucault (2005) alega que o elemento que irá circular entre a disciplina e a regulamentação, que possibilita controlar o corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, é a norma.

É interessante pensar que existe uma norma que deve ser seguida pela gestante para que obtenha uma gestação adequada, pois as gestantes que não estão adequadas aos parâmetros que a norma impõe, necessitam se adequar. Essas coordenadas se fazem presentes no pré-natal, mas também nos discursos que circulam na mídia, revistas, programas de televisão vinculados à saúde e, principalmente, aqueles que são legitimados pelo saber dos profissionais da saúde.

Um fragmento do relato da puérpera 4 que não se enquadrou nos padrões estabelecidos pela sociedade, como o peso ideal para uma gestante saudável, ajuda nesta discussão.

> Eu comecei a fazer o pré-natal no postinho de saúde daqui do Bairro, eu fiz ali até o sexto mês, daí eu acabei desistindo, porque eu fui fazer ali porque no serviço ainda não tinham liberado o meu plano, daí eu vou ficar fazendo no postinho até eles me liberarem o plano pela empresa? Só que foi bem complicado porque só tinha uma médica ginecologista e ela era muito grossa, muito estúpida, então foi bem difícil os primeiros meses, cada vez que eu vinha das consultas vinha chorando pelo jeito dela que era bem complicado, ela era grossa e aí eu não engordei quase nada na gestação, eu já estava gordinha antes, mas na gravidez eu engordei oito quilos em toda a gestação, só que cada vez que eu me pesava ela me dizia: tu estás

> enorme, tu estás muito gorda e ficava o tempo todo assim sabe tipo buling entende, e sabe ficava falando assim um monte de coisa, super estúpida, grossa mesmo, então eu já não aguentava mais essa função, então eu fui aguentando até os seis meses, daí liberaram o meu plano e eu comecei a consultar com a doutora no consultório dela [...] no dia do exame do hipotireoidismo mesmo que ela viu o resultado e me disse que eu estava com hipotireoidismo ela me deixou louca, saí de lá, ligando para a Débora que é uma ginecologista minha amiga que não mora aqui em Pelotas. Mas a obstetra me disse assim, tu estás com hipotireoidismo, isso é muito arriscado, o teu bebê pode nascer retardado, pode ser não sei o que, assim sabe, eu saí de lá desesperada ligando para a Débora, pedindo informações, mas foi bem complicado. (Puérpera 04)

O fragmento supracitado nos provoca a problematizar os padrões aos quais as mães precisam se adequar para promover uma gestação e o nascimento de um bebê saudável. A puérpera comenta o quanto tentou se adequar quanto ao ganho de peso na gestação ao dizer que “engordou somente oito quilos”, refere já ser “gordinha” antes da gestação na tentativa de justificar a obesidade.

É interessante refletir o quanto o biopoder funciona na sociedade impondo aos indivíduos a necessidade de um corpo ideal, até mesmo no momento da gestação, e o quão perigoso pode ser para mãe e filho se distanciar dos padrões de normalidade. Além disso, há aqui a necessidade de problematizar o quanto o obstetra, neste caso, está imerso na ordem dos padrões estabelecidos pelos manuais, uma vez que houve uma reprovação quanto ao peso da gestante.

A culpabilização da gestante, quando refere ter saído chorando da consulta, também se dá pela posição que o obstetra ocupa no discurso, nesse caso, posição de detentor do saber e que culpabiliza a gestante por não se encaixar nos padrões estabelecidos, podendo assim acarretar danos ao recém-nascido.

Marcello (2009) discorre sobre o dispositivo da maternidade, que captura as gestantes quando mostra que as participantes do seu estudo alteraram seu modo de vida anterior para responderem às necessidades que a sociedade requer de uma mãe dita normal.

Já as gestantes do estudo de Silva (2014), ainda que considerassem a ideia de que gravidez não é doença, não questionavam o tratamento médico que prescrevia consultas médicas mensais e exames médicos de várias ordens. Durante o pré-natal, surgiam alguns questionamentos em torno de certas recomendações médicas, mas o acompanhamento médico não era problematizado.

No decorrer dos discursos de obstetras e gestantes foi possível perceber que o poder disciplinar está muito presente, através das táticas de adestramento e

vigilância na consulta do pré-natal. Da mesma forma, o exercício do biopoder pelos obstetras é tônica corriqueira na produção de corpos grávidos saudáveis e produtivos.

6.4 A regra é parto normal, mas elas pedem cesárea

Dando continuidade às questões que transcendem o biopoder e a normalização, optei por abordar nessa subseção as entrevistas dos obstetras que realizam a consulta de pré-natal e atuam na assistência ao parto sobre “vontade ou escolha” pela cesariana. Utilizei os termos vontade e escolha, tendo em vista que, nesta tese, as gestantes que escolheram a cesariana foram as que custearam o parto particular ou por meio de convênio, já as mulheres que tiveram vontade de realizar a cesariana, realizaram seus partos pelo SUS.

Considerando que existem políticas, portarias, diretrizes e leis que orientam a condução do pré-natal, parto e nascimento, de acordo com os relatos dos obstetras, no SUS a mulher precisa passar pela “prova de parto” e somente mediante fatores como sofrimento fetal, ausência de dilatação ou presença de alguma patologia que contraindique o parto normal, a parturiente será encaminhada à cesariana. Por outro lado, no convênio ou particular há a escolha de não passar pela “prova de parto” e realizar a cesariana.

Alguns relatos de obstetras demonstram em que momento é ou não falado sobre os tipos de parto no pré-natal realizado com gestantes de convênio ou particulares. O fato de trazer as entrevistas com os obstetras que atuam com pré-natal no consultório por convênios e particulares está pautado no fato de que a maior parte dos obstetras, deste estudo, atua no plantão obstétrico do hospital pelo SUS e convênio, e no consultório a consulta ser convênio ou particular.

> Bom, tinham mulheres que já chegavam assim, dizendo eu quero fazer cesariana, na verdade quem tem uma convicção maior assim, são aquelas pacientes que querem fazer cesariana e aquela paciente que diz “há não sei bem qual o parto que eu quero”, tu até consegue levar, ou seja, encaminhar para o parto normal, por que é muito difícil tu ouvir de uma paciente, “eu quero parto normal a todo custo”, por que as pessoas já tem um conhecimento de que em algumas situações não dá, mas não é uma coisa que tu tenha que decidir de chegada, uma coisa que eu sempre dizia nas consultas, é que isso não se define na primeira consulta, não se marca cesariana na primeira consulta, ah, começou o pré-natal e marcou a cesariana para daqui a nove meses, não é assim, então eu sempre convidei as pacientes para ir conversando sobre o assunto da via de parto, é claro que tu tem vamos dizer assim, a gravidez é uma caixinha de surpresas, tu não tem como saber com certeza como que é, como vai desenvolver, o que vai acontecer ao longo desse período todo, então daqui a pouco surgem situações que poderão nos levar a indicar uma cesariana, a gente vai

> acompanhando e vai vendo, se a gestante vai entrar em trabalho de parto, se não vai, todas essas questões passam a ser consideradas, se a paciente vai precisar conduzir o parto ou não, mas isso é uma coisa que eu nunca determinei para nenhuma delas. (Obstetra 07)

> A princípio parto vaginal, parto normal é o que eu oriento para elas, claro que não é uma coisa imposta, mas a princípio normal, estando tudo bem no pré-natal com a mãe e com o bebê, no tempo do bebê, a gente deixa entrar em trabalho de parto. Bom, claro que tem casos, que a paciente já chega aqui dizendo que não quer parto normal e eu tenho nove meses para tentar convencer, na maioria dos casos não vou te dizer 100 %,mas a paciente que já chega dizendo que não quer parto normal é muito difícil tu convencer, tu até convence de dez tu convence uma ou duas , eu [nome da obstetra], não costumo marcar cesariana eu espero o tempo do nenê ou alguma coisa que me diga que está perto ou iniciando o trabalho de parto ou dando um sinal que o nenê queira nascer ou volto a dizer, estando tudo bem com o bebê e com a mãe. Bom, marcar eletiva, essa coisa “ah quero tal data” eu não costumo marcar geralmente o nenê vai até as 40 semanas, mas marcar parto eu só marco por volta das 39/40 semanas, de novo salvo em situações especiais como patologias ou que tenha que ser antes, mas a princípio a minha conversa com todas é a mesma. (Obstetra 04)

É possível observar na fala dos obstetras que no momento em que a gestante chega com a decisão da cesariana, é muito difícil a mudança de decisão, entretanto, deixam claro que não agendam a cesariana na primeira consulta, somente ao final da gestação existe a possibilidade de agendamento.

O discurso de que a cesariana é a via de parto mais apropriada às mulheres modernas e que podem custear o procedimento parece se apresentar como uma potência normalizadora que atravessa a gestante e o obstetra. Em contraponto, a obstetra 07 diz que as mulheres que querem parto normal modificam a escolha para a cesariana com mais facilidade. A cesariana passa a aparecer como uma modalidade de parir, e quando a escolha da gestante é aceita pela obstetra, torna-se de fato uma verdade.

Segundo Foucault (2013a), a verdade não existe fora ou sem o poder, a verdade é produzida em cada sociedade sendo inseparável das políticas que a instituem, acolhendo discursos, fazendo-os funcionar como verdadeiros e produzindo efeitos regulamentados de poder. O poder produz efeitos positivos e é entendido, nessa perspectiva, como ações sobre ações que produzem efeitos de saber e de verdade.

De acordo com Nunes (2014), o discurso sobre a incapacidade de parir de forma natural, pelo canal vaginal, e que a cesariana é a forma mais segura de nascimento, se estende enquanto produção desejante a todos (crianças, adultos, homens, mulheres) e como prática naturalizada que se cristaliza como símbolo,

compondo novos territórios de poder ligados à hegemonia do modelo de procriação, de nascimento e de parto.

Colaborando com o exposto, segue o excerto a seguir:

> [...] Converso sempre, converso sempre, agora como eu te disse, quando no início do pré-natal elas já dizem “eu não quero parto normal”, está bem, eu não vou mais falar no parto normal, agora aquelas que querem eu vou tocando, falando a cada mês sobre o parto normal, das vantagens e desvantagens também, mas nós colocamos na balança, qual é a maior vantagem? Se nós tivermos um parto normal mesmo, é muito mais vantajoso que a cesariana, assim mesmo ela opta pela cesariana, é um direito que ela tem infelizmente (Obstetra 03).

De acordo com o excerto do obstetra 03, existe o diálogo sobre os tipos de parto, porém para as mulheres que dizem não querer o parto normal, essa conversa deixa de acontecer, em respeito à escolha da gestante.

Os obstetras do estudo de Leguizamon et al. (2013) alegaram a indicação do parto vaginal, entretanto, caso houvesse a solicitação da gestante pela cesariana, a maioria dos obstetras acataria a solicitação da paciente, respeitando sua autonomia. Paradoxalmente, a maior parte dos obstetras também ressaltou que as pacientes de rede pública não deveriam ter autonomia de escolha da via de parto, nesses casos, a cesariana seria realizada somente quando necessário.

É interessante pensar que a partir do momento em que o obstetra concorda com a escolha eletiva da cesariana pela gestante, ele acaba por garantir que esse procedimento seja adequado e isento de riscos, influenciando de certa forma a gestante. Uma vez que o obstetra ocupa uma posição diferente da que a gestante assume no discurso, devido ao saber o qual é detentor.

De acordo com Helman (2003), os profissionais, durante o exercício da prática assistencial, também expressam sua maneira de compreender os fatos e são atravessados por aspectos culturais, sociais e pelo modelo de formação hegemônico. O encontro entre gestantes e obstetras é permeado pela dimensão cultural e social e, embora seja um espaço propício ao diálogo, é vivenciado por uma relação assimétrica de poder e de saber com grande potencial de influência na escolha do tipo de parto, do itinerário terapêutico e da qualidade da assistência prestada às gestantes.

Nakano et al. (2015) trazem a discussão de que a escolha pela cesariana não se restringe somente ao medo da dor, mas também na possibilidade da mulher exercer protagonismo no nascimento de seu filho. O entendimento de que 48 horas de trabalho de parto não é normal, mostra a constituição de um novo regime de

necessidades no que concerne ao parto, tornando necessário administrar a interrupção das atividades de trabalho, assegurar que a equipe médica e os recursos tecnológicos estejam presentes, providenciar o agendamento com maternidade, contratar empresas especializadas (coleta de células tronco, filmagem), organizar a participação de familiares e amigos e, além disso, se preparar para estar linda e tranquila no evento.

Nesse sentido, o discurso acerca da cesariana interpela o discurso de que a mulher tem participação efetiva somente no parto normal, pois, para algumas mulheres, a organização e o preparo da mente e corpo a tornam ativa no processo, e essa escolha, na maioria das vezes, é respeitada pelo obstetra, conforme o relato que segue:

> Eu atendo mais é particular e convênio no consultório. Inicialmente na primeira ou nas primeiras consultas eu tento ver com as pacientes se elas estão motivadas para o parto normal, explico que o parto normal é melhor que a cesariana, as vantagens do parto normal, mas durante as consultas a gente vai conversando, mas a decisão mesmo é mais no final, mas a maioria das pacientes que nos procuram nos consultórios já vem pensando em fazer a cesariana mesmo que tu acabe explicando que o parto normal é melhor elas acabam querendo a cesárea [...] Geralmente é por que a minha amiga fez e passou bem, por que é mais prático para organizar com quem deixar os outros filhos, a licença paternidade e porque eu não quero sentir dor, são as justificativas mais usadas. (Obstetra 02)

Colaborando com os achados desta tese, uma abordagem com 33 mulheres que escolheram a cesariana, feita por Nakano et al. (2015), evidenciou que ao pensarem na cesariana como forma de nascimento, as mulheres não trabalharam com a possibilidade da não aceitação do médico. A situação de recusa médica, de fato, em realizar a cesariana não foi relatada pelas puérperas. Em alguns casos, no início da gravidez, profissionais ponderaram que a decisão sobre o parto deveria ser tomada “mais adiante”. No decorrer da gestação, vai se construindo o acordo em torno da cirurgia.

Segundo Bitencourt, Almeida e Vieira (2013), há benefícios potenciais na realização da cesariana eletiva sem justificativa médica para gestante, tais como redução da hemorragia pós-parto e da necessidade de transfusão; redução na incidência de incontinência urinária, facilidades logísticas na organização das atividades da equipe médica; menos risco de processo judicial contra o obstetra sendo, mais fácil justificar a realização do que a não realização de uma cesariana.

Existe na sociedade um regime de verdade que legitima a cesariana como um evento prático e seguro, e quando não contestada pelo obstetra, promove a

possibilidade de acolhimento da ideia. Penso que quando há a opção de deixar para decidir sobre a via de parto no final da gestação, aumentam-se as chances da escolha pela cesariana, uma vez que a mulher está exausta e ansiosa pelo nascimento do filho e esperar pelo trabalho de parto, muitas vezes, é oneroso para gestantes e obstetras.

Porém, as relações de poder e saber estão em toda a parte, provocando pontos de tensionamento e resistências entre os indivíduos (FOUCAULT, 2013a). Frente à questão sobre o possível processo do obstetra em não realizar a cesariana, trago a enunciação que auxilia nesse sentido:

> Tudo isso, é cultural, porque existe essa cultura de que parto cesárea é mais seguro, tanto para o bebê, quanto para mãe, o que a gente percebe na sociedade em geral, é que se tu faz uma cesárea e tem um desfecho ruim para o bebê, não tem culpa de ninguém, mas se tu faz um parto normal com um desfecho ruim a culpa foi do médico que não fez a cesárea, entendeu? Então existe essa cultura inclusive no meio médico, isso é uma coisa que a gente ouve toda hora, então isso dificulta. (Obstetra 12)

A partir do excerto da obstetra 12, penso que o discurso hegemônico de que a cesariana é isenta de riscos, além de estar presente entre as gestantes e familiares, também circula e aparece como verdadeiro entre os obstetras. Esse fato colabora para o aumento da procura pela cesariana por gestantes e familiares, e a sua realização por obstetras. Cabe ressaltar que as relações de poder presentes na escolha pela cesariana, são relações de lutas e enfrentamentos.

O estudo de Pires et al. (2010) mostrou que a maior parte das mulheres que realizaram a consulta de pré-natal no consultório médico optou pela cesariana. De acordo com os autores, essa escolha foi influenciada pelos obstetras devido à logística de realizar um número maior de cesarianas, à escolha da equipe que atuará durante a realização de cesariana e ao pagamento.

Nesse sentido, destaca-se a enunciação que segue:

> A cesariana já é uma coisa, no Brasil é muito comum porque, eu tenho como ponto de vista que a cesariana é comum por duas coisas; primeiro pelo medo da mulher pelo parto vaginal e isso é uma coisa que é da cultura brasileira, fora do Brasil não é assim e também porque é mais cômodo para o obstetra fazer, é muito mais fácil para o obstetra fazer uma cesariana do que esperar uma mulher entrar em trabalho de parto. [...] uma pessoa que tem um dia inteiro para trabalhar e tem uma paciente as três da manhã que rompeu bolsa e entrou em trabalho de parto, ele [o obstetra] vai chegar lá e vai lembrar eu tenho que trabalhar amanhã, então ele [o obstetra] não vai ficar com uma mulher em trabalhar de parto a noite inteira tendo que trabalhar no outro dia, então ele vai fazer uma cesárea que é mais fácil (Obstetra 06).

Embora os obstetras verbalizem que ressaltam os benefícios do parto normal na consulta de pré-natal às gestantes na saúde suplementar, esse discurso parece não promover mudança na escolha da gestante. Entretanto, por meio das entrevistas desse estudo, a cesariana a pedido, mesmo sem indicação clínica, foi realizada com vista ao respeito à autonomia da gestante no processo de escolha.

No que se refere ao diálogo sobre os diferentes tipos de parto dos obstetras com as mulheres que utilizam o SUS, as enunciações apontam que, essas questões quando são abordadas, são mais ao final do pré-natal ou durante o trabalho de parto e parto, como segue.

> É a gente dá orientação, assim mais ativas quando já estão para o final da gestação ou se tem alguma coisa de risco que a gente tenha que orientar, sobre o parto, sobre a amamentação também que a gente conversa nas consultas, mas muito no início quando é o começo do pré-natal geralmente elas não perguntam muito, algumas tem alguma curiosidade e acabam perguntando, só que aí a gente explica que ás vezes é difícil a gente saber lá no início com três meses o que vai acontecer lá no final [...] As que já tem parto geralmente tem mais esclarecimento, já sabem, já conhecem, já sabem o que vai acontecer, mas assim a gente não faz cesárea a pedido, a gente vê a indicação obstétrica, até para preservar porque a cesárea é uma cirurgia e tem seus riscos, mas se for necessário é feito óbvio, não parto normal a todo o custo, mas as vezes elas vem influenciada pela família, pela experiência de outros, e ai a gente tenta explicar e vê (Obstetra 12)

> [...] muito raramente, no SUS, muito raramente, a gente conversava sobre os diferentes tipos de parto, alguma paciente que questionasse a gente até, eu sempre tive muita disponibilidade de explicar, mas realmente não é um assunto que a gente tome de rotina. (Obstetra 10)

De acordo com o MS, o pré-natal é o momento ideal para se estabelecer vínculo entre os profissionais da saúde e a gestante, assim como o diálogo sobre os diferentes tipos de parto e os benefícios do parto normal em relação à cesariana e vice-versa. Por meio das consultas, a mulher poderá obter informações, conhecimento e esclarecimento sobre a fisiologia da gravidez, trabalho de parto e parto, com o objetivo de poder participar ativamente desse processo (BRASIL, 2000).

Na perspectiva de Silva et al. (2014), a assistência pré-natal é um momento privilegiado para dialogar e esclarecer questões pertinentes e singulares para cada gestante, mesmo para as que já têm experiência com outras gestações. O diálogo e o vínculo são elementos fundamentais, pois minimizam a ansiedade da gestante e favorecerem um parto mais tranquilo e saudável para a mãe e para o bebê.

Além disso, a fala da obstetra Carla, quando diz “não se faz cesárea a pedido”, vem em contraponto aos discursos dos colegas que atuam no sistema suplementar. A obstetra justifica os riscos da cesariana quando não tem indicação clínica. Este fato me reporta a problematização inicial de que as mulheres que utilizam o SUS não escolhem a via de parto. A análise dos dados da tese mostra que, no SUS, a regra é o parto normal, independente da vontade da mulher.

> Tu tentas convencer cientificamente que essa via de parto é a melhor, mas eu vejo que as pacientes do SUS tem menos cultura de pedir a cesariana porque elas já sabem oh tu vais ganhar pelo SUS então tu vai ganhar de parto normal e se precisar daí sim tu vais fazer a cesariana, e as que tem convênio ou podem pagar particular elas já sabem mais que tem essa possibilidade de escolha, então tem umas que já chegam dizendo que querem e optam pela cesariana (Obstetra 07).

> Elas [gestantes] são bem receptivas quanto ao parto normal, sempre eu digo, vamos tentar um parto normal, se não der, se tiver que fazer uma cesariana vai ser feita, mas a princípio parto normal, pelo menos comigo nunca teve nenhum problema quanto a isso, elas já chegarem dizendo, não quero parto normal, quero cesariana, é bem tranquilo assim. (Obstetra 05)

Os excertos evidenciam que para as mulheres que utilizam o SUS o discurso é modificado no sentido de que há a necessidade de tentar primeiro o parto vaginal. É possível observar o exercício do poder, quando a obstetra diz que as mulheres não costumam pedir pela cesariana no SUS e que aceitam bem o parto normal. No entanto, essa “aceitação” está pautada nas relações assimétricas entre obstetras e gestantes em que as palavras dos obstetras se configuram como verdades incontestáveis.

A partir dos relatos dos obstetras, o parto normal é o indicado para todas as mulheres independente se a gestante utilizar o SUS ou o sistema suplementar nas consultas de pré-natal e parto. Entretanto, foi possível identificar um acolhimento por parte dos obstetras sobre a cesariana a pedido, pois no momento em que aceitam a cesariana a pedido pelas gestantes que podem pagar, abre-se um campo de possibilidade para o exercício do poder, o qual é produtivo tanto para gestantes, quanto para obstetras. Ainda é possível problematizar que o discurso proferido entre os obstetras sobre o parto vaginal e sobre a cesariana se modifica em detrimento do tipo de financiamento com que o procedimento será custeado, o que permite refletir o quanto os obstetras, ao acolher a ideia de realizar a cesariana a pedido, acabam por propagar uma verdade sobre a isenção de riscos para mães e bebê na cesariana.

6.5 Eu queria parto normal, mas foi cesárea

Nesta subseção, apresento excertos de gestantes que necessitaram realizar cesariana, no entanto, o desejo era o parto normal. A maior parte das gestantes entrevistadas no início do pré-natal gostaria de realizar parto normal, mas algo aconteceu durante o caminho para que tivessem que realizar a cesariana.

Inicio com as palavras de Foucault (1996), quando nos incita a pensar na produtividade presente no poder. Logo, se o poder é produtivo, é possível que haja respostas, embates, lutas e resistências. Sendo assim, quando há uma relação de poder é possível uma resistência, pois o poder não aprisiona, não acorrenta, ele pode ser sempre modificado. Nesta tese, o fato das gestantes desejarem o parto normal e realizarem a cesariana mostra que na relação de poder entre obstetra e gestante, é possível resistências, lutas e embates.

De acordo com Rezende (2011), a gestação, enquanto discurso que produz mulheres, coloca em foco não apenas conceitos de pessoa, mas a constituição de laços familiares e com a sociedade de forma mais ampla. No entanto, no mundo ocidental moderno, a gestação, parto e nascimento tem sido alvo de saberes médicos e do desenvolvimento de novas tecnologias e de políticas públicas.

Para Leal et al. (2014), um dos aspectos mais surpreendentes da obstetrícia no Brasil é a pressa em promover o nascimento das crianças, desrespeitando a autonomia das mulheres no processo de parturição. A imposição da dinâmica do trabalho de parto e do parto, além do controle do tempo explicam as altas taxas de intervenções, inclusive as cesarianas, tornando a assistência ao parto, no país, uma decisão médica, não valorizando a dinâmica do corpo da mulher.

Segundo Rezende (2011), a gestação tem sido considerada uma condição médica, controlada por um saber especializado e cuidada por meio de consultas médicas e uma série de exames para monitorar a saúde do feto e da gestante. Ao contrário de outras sociedades e épocas, a gravidez deixa de ser vista como um processo natural do corpo para ser um evento que necessita de intervenção e controle médicos.

Em meio à epidemia de cesariana presente no Brasil, como mostram as estatísticas que no ano de 2016, 55,6 % dos nascimentos foram por cesariana (BRASIL, 2016), existem gestantes que resistem e lutam para vivenciar o parto vaginal em busca de se sentirem protagonistas desse evento.

O parto vaginal, quando cercado por respeito e segurança, pode propiciar à mulher uma experiência existencial extraordinária levando a um sentimento de competência, enquanto mãe e pessoa, além de lembranças positivas associadas à maternidade, assim como o bem-estar físico e emocional por estar livre da dor intensa resultante da ferida operatória (DINIZ, 2014).

As gestantes do estudo de Gama et al. (2009) reconheceram que o principal motivo para o aumento de cesáreas foi a conveniência médica, visto que é um parto mais rápido e não precisa esperar a progressão do parto normal, e devido à insegurança, pois o parto pode sair do padrão de evolução esperado.

Para Cordova (2008), as mulheres que apresentam convênio ou plano de saúde e desejam o parto normal têm buscado meios de se munir de toda informação possível e se preparar física e psicologicamente para resistir ao que hoje é denominado obstetra “cesarista”, uma vez que alguns obstetras induzem a gestante a optar pela cesariana.

Cabe aqui o excerto de uma puérpera que se preparou e teve vontade de realizar o parto humanizado.

> Eu já li várias coisas sobre o parto, quando eu comecei a pensar em engravidar e ter o meu filho, eu comecei a ler muito sobre parto normal, sobre parto humanizado, enfim, sobre o pós-operatório da cesárea, e também deixar uma criança nascer quando ela está pronta, sabe a natureza eu queria fazer parte disso assim, eu queria ser a protagonista, eu queria ter o meu filho, eu queria assim, quando ele saísse eu segurar, eu fazer, eu me empoderar, eu li várias coisas assim, sobre empoderamento [...]. Eu escolhi a [nome da obstetra] por indicação de uma colega de trabalho que tinha tido um filho e ela disse que ela era defensora de parto normal e eu queria parto normal, eu sempre quis e desde o início. (Puérpera 01)

O excerto da puérpera 01 mostra a vontade de participar ativamente do parto e, para isso, recorreu ao conhecimento e a busca da obstetra que realizasse o parto normal.

Penso que, atualmente, não basta a gestante ter vontade de realizar o parto vaginal, uma vez que o discurso da cesariana tem se mostrado hegemônico entre mulheres e obstetras. Nesse sentido, entendo que a gestante que deseja o parto vaginal necessita lançar mão de artefatos como leituras, auxílio de familiares e outros profissionais da saúde e o conhecimento de seu corpo, como formas que a auxiliem a lutar pelo parto vaginal.

Assim como mostra o excerto acima, o estudo de Hirsch (2015) mostrou que a escolha do obstetra, está pautada no respeito e acolhimento dos profissionais pela opção das gestantes. Esse tipo de interação, que prevê um diálogo entre obstetra e

gestante, estabelece um relacionamento igualitário entre as partes, o que não costuma ser comum nesse tipo de relação. A equidade, na relação com o profissional de saúde, abre caminho para que a mulher possa ter controle sobre seu corpo durante o trabalho de parto e parto.

Outra ferramenta que tem colaborado para que as mulheres adquiram subsídios para o parto vaginal é a informação. De acordo com Oliveira e Pinto (2016), o domínio da informação, relativa aos procedimentos de parto, disponibilizada por meio de grupos e redes sociais, é uma forma da mulher ter controle sobre si e de seu corpo. Além disso, a mulher conhecedora do seu corpo e dos seus direitos se apresenta mais segura durante a evolução do trabalho de parto, pois tem a possibilidade de contestar as decisões do médico e decidir o que é melhor para si.

Para Ferraz (2016), as mulheres que têm buscado um parto humanizado fazem parte de um grupo heterogêneo. Há veganas, as que não tem restrições alimentares, as que pertencem a uma religião e as que não pertencem, as que estão inseridas no mercado de trabalho e as que não estão. Porém, apresentam algo em comum, e que de fato é importante, a comunicação por escrito e a utilização da internet, já que é por esse meio que acessam as principais informações para iniciarem a busca pelo parto desejado e para exercerem seu ativismo.

A preferência pelo parto vaginal também está relacionada à vivência do parto anterior. A literatura aponta que as mulheres que tiveram o parto vaginal, e receberam atenção e cuidado dos profissionais de saúde, escolhem novamente esta via de parto (BACHA et al., 2017).

O desejo pelo parto vaginal devido à experiência prévia com o primeiro filho esteve presente no relato da puérpera 02.

> Eu queria ter parto normal por que a minha primeira filha foi de parto normal, foi até o último dia previsto, eu me sinto também bem melhor, porque o parto normal é dolorido ali na hora, mas depois a recuperação é bem mais rápida. Por que a gente consegue se reabilitar melhor, no parto normal no dia seguinte a gente consegue comer melhor, caminhar melhor não é que nem na cesárea, na cesárea tu sempre sente a dor. É bem mais dolorido. [...] já estava tudo acertado com a minha obstetra que seria parto normal, por que eu tenho abertura vaginal suficiente, porque ela sempre dizia se tu tem abertura suficiente, vai ser o parto normal. E eu concordava, por que o parto normal é bem melhor que a cesárea. (Puérpera 02)

Destaco que o fato da recuperação do parto vaginal ser mais rápida auxilia a mulher no cuidado de si e do bebê, pois, em algumas situações, a puérpera tem

outros filhos e os afazeres domésticos, e ficar em repouso no pós-operatório da cesariana se torna um dificultador no pós-parto.

Colaborando com os achados desta pesquisa, o estudo de Nascimento et al. (2015) também mostrou que as gestantes que tiveram parto normal nas gestações anteriores optaram por este tipo de parto devido à possibilidade de participação no nascimento de seus filhos e da recuperação no pós-parto ser mais rápida.

Para algumas mulheres que participaram deste estudo, o parto vaginal possibilita à mulher maior participação, aproximação e envolvimento com o filho, uma vez que a mulher se sente capaz de parir fisiologicamente sem a interferência de outros profissionais.

A puérpera 06 queria realizar o parto normal, porém não sabia se seria possível, pois era portadora do vírus HIV.

> Eu sempre quis ter parto normal, porque é melhor para mãe e bebê, mas por eu ser soro positivo eu pensava que não daria, mas daí os médicos falaram que eu poderia ter parto normal por eu ser indetectável, daí me falaram que iriam induzir o meu parto, quem me explicou tudo isso mesmo assim, foi a doutora. Eu sabia que por ser soro positivo, eu não poderia amamentar o meu filho, então eu queria a oportunidade de ter um parto normal para eu poder participar do nascimento dele, me sentir mais perto sabe, já que eu não iria poder amamentar. (Puérpera 06)

Devido ao fato da puérpera não estar apta para amamentar seu filho, o parto vaginal se apresentava como uma possiblidade de maior aproximação e vínculo com o recém-nascido.

Nesse sentido, as gestantes do estudo de Rezende (2015) acreditavam que o parto vaginal consagrava a mulher como tal, em contraste com a cesárea que a fazia menos mulher. Ainda assim, para elas, a cesárea não era descartada e seria justificada se houvesse alguma complicação no trabalho de parto. Quando se colocavam como mãe e pensavam na saúde do bebê como filho, aquelas que desejavam um parto normal aceitavam a possibilidade da cesárea se fosse preciso.

As participantes do estudo de Velho, Santos e Collaço (2014) referiram que o parto normal foi vislumbrado como a ordem natural das coisas, um evento mais saudável, no qual o bebê nasce espontaneamente. A mulher pode dar a vida a um ser humano. Ainda, destacaram que o parto normal possibilitou uma postura ativa, quando puderam movimentar seu corpo, receber massagens, realizar o banho terapêutico, exercícios com a bola e o cavalinho.

A vontade de realizar o parto normal, também esteve presente na enunciação da puérpera 10, porém, a puérpera refere não ter sentido a ideia acolhida pela obstetra, como mostra o relato a seguir:

> O pré-natal eu tive que fazer com outra obstetra que não era a minha ginecologista que me acompanhava, mas como a gente tinha o plano de saúde eu mudei de obstetra, desde o início eu sempre falei para ela que eu queria fazer parto vaginal, porque como eu já tinha essa vontade e passei muito mal no outro pós-operatório [gravidez ectópica anterior] eu já disse para ela desde o início, olha eu quero parto normal. Assim, tem resistência eu percebi uma resistência com vários motivos assim, olha o teu bebê é grande, olha tem essa questão do mioma [a puérpera apresentou um mioma durante a gestação], tu tens certeza que tu queres parto normal? [pergunta da obstetra] mas eu insisti até o dia do último momento (Puérpera 10).

De acordo com o relato da puérpera 10, mesmo com a presença de um mioma, a puérpera rejeitou a possibilidade de realizar a cesariana até o final da gestação. Cabe aqui os argumentos de Foucault (2011) quando aborda que nas relações de poder há liberdade. O poder está presente nas relações humanas de diferentes formas, nas relações amorosas, institucionais e/ou econômicas, e, por esta razão, um pode tentar dirigir a conduta do outro. As relações que podem ser encontradas nos diversos níveis, sob diferentes maneiras, são relações móveis, ou seja, podem alterar, pois não são dadas de uma vez para sempre.

No excerto, é perceptível a tentativa de condução da obstetra em detrimento da cesariana, quando questiona a gestante sobre o desejo pelo parto vaginal e ressalta as dificuldades que a mesma poderá a vir enfrentar na escolha pelo parto normal. Como diz Foucault (1996), o poder não é localizado, mas móvel, e, em algumas situações, poderá estar com a gestante e em outras pode haver o deslocamento para o obstetra, mas sempre sob o prisma da liberdade.

Segundo Martins (2004), a relação entre gestante e obstetra durante o pré-natal é permeada pela influência da exaltação e hegemonia do profissional médico, devido ao saber do qual é detentor, e, assim, passa a ser responsável por ordenar e decidir as questões referentes ao corpo feminino.

Colaborando com Martins (2004), os achados do estudo de Pires et al. (2010) revelaram que os altos índices de cesárea, encontrados entre as mulheres assistidas por obstetras no consultório, foram influenciados pelo saber do médico e pelo paradigma da biomedicina. Mesmo em um grupo de mulheres de privilegiado nível socioeconômico e educacional, como o estudado, predominou,

majoritariamente, a decisão médica pelo parto cesáreo, ainda que a maioria delas inicialmente desejasse o parto normal.

A influência do saber e do discurso medicalizante e intervencionista do obstetra esteve presente no relato da puérpera 10, quando a obstetra a questiona se de fato ela quer o parto normal, apontando o tamanho do bebê e o mioma como possíveis fatores de risco.

Nesta perspectiva, para Regis e Rezende (2015), a presença de um discurso medicalizante e intervencionista do obstetra, que focaliza os riscos e não as chances do nascimento, impõe inúmeras condições a serem realizadas pelas mulheres que desejam parir, como por exemplo, cuidados com a alimentação e a realização de exercícios físicos.

Penso que a escolha do parto normal, além de ser realizada por meio das informações e conhecimentos adquiridos no pré-natal, nas experiências prévias dos partos, nas influências de familiares, amigas e da mídia, e até mesmo a pactuação com o obstetra, pode sofrer atravessamentos durante a gestação e ser modificada pela cesariana.

Nesta pesquisa, embora algumas mulheres tenham realizados todos os ajustes supracitados, a escolha do parto normal foi modificada por alguns fatores, conforme as falas a baixo:

> Quando eu mostrei os meus níveis de controle glicêmico para ela [obstetra], por que todos os dias que eu iria consultar eu tinha 15 dias de controle glicêmico a minha glicemia de jejum sempre estava alterada, nunca estava boa, as outras até ao longo do dia ficavam legais, mas a de jejum nunca estava legal e ela já foi me preparando, olha tu tem uma grande chance de fazer cesárea eu sei que tu quer parto normal, mas tu precisa ver isso aqui, isso tende a piorar durante a gravidez, tu tem que ir te preparando, tem que ficar com a cabeça aberta para o teu filho nascer da melhor maneira possível, mas mesmo assim eu estava preparada e achava que eu iria conseguir ter parto normal. Eu tentava ficar com a cabeça aberta, mas eu pensava, não, eu vou conseguir e eu falava para ela, não, vai ser parto normal, eu vou me cuidar, eu vou fazer exercícios, e mesmo assim fazendo tudo isso o meu corpo não correspondia, eu controlei a glicemia desde que ela ficou alterada, eu fiz um controle todos os dias, então eu cuidei bastante da minha alimentação, eu fiz exercícios, mas chegou uma hora que isso não tinha mais condições, porque o meu bebê pelos exames e pela ultrassonografia já estava mostrando que ele já estava muito grande que o peso havia aumentado, o percentil de crescimento dele estava um pouco alterado não estava assim 90 ou 98, mas tava 70, 80 estava indo para ter um problema mesmo assim nos dois últimos dias da minha gestação já estava horrível controlar a minha glicemia, então ela disse, vamos ter que marcar o teu parto para amanhã, foi de um dia para o outro, porque ela ficou apavorada com os meus níveis glicêmicos e então ela não quis arriscar. (Puérpera 01)

A vontade e a luta pelo parto vaginal, por meio das informações e conhecimento que a puérpera 01 tinha sobre os benefícios do parto normal, além do disciplinamento do corpo, por meio do controle dos níveis glicêmicos, cuidados com a alimentação e com o corpo, não foram suficientes para impedir a cesariana. Embora a obstetra escolhida pela gestante fosse a favor do parto vaginal, não foi descartada a ideia da cesariana, caso fosse necessário. Quando a obstetra diz, “tu precisas ficar com a cabeça aberta para a cesariana”, abre-se um campo de possibilidades para a realização da cesariana ou de resistência.

Frente ao contexto da realização da cesariana ou não, Foucault (2010b p.232) coloca que a todo momento as relações de poder abrem possibilidades a resistência, e é “porque a possibilidade de resistência que o poder daquele que domina tenta manter-se com mais força, tanto mais astúcia, quanto maior for a resistência”.

Entretanto, questiono-me: qual mãe colocaria em risco a vida de um filho e optaria pelo parto vaginal após esse diálogo? É preciso tencionar a existência da liberdade para resistir à cesariana, mas uma liberdade em que os riscos se sobrepõem aos benefícios.

De acordo com Marinho (2008), para que se possa entender as relações de poder em Foucault, é necessário partir do conceito que ele tem de liberdade. A liberdade para Foucault é como uma arma de proteção. Arma, porque constitui um instrumento natural de luta do ser humano e proteção porque, segundo ele, ninguém consegue manipular a liberdade de ninguém. No momento em que algo ou alguém atinge a liberdade de um indivíduo é porque houve o pleno consentimento. Percebo que o consentimento das gestantes para realização da cesariana também está pautado na possibilidade de proteger o bem-estar do recém-nascido.

É da medicina que provém um dos discursos mais poderosos sobre o corpo. Como afirma Foucault (2011), o poder está atrelado à produção, acumulação, circulação e funcionamento de discursos de verdade, que operam não pelo mecanismo da lei, mas sim pelo da normalização. A cesariana, na atualidade, apresenta-se como um discurso verdadeiro, de que é mais eficaz e segura em relação ao parto normal, que se intensifica quando aliado à figura do médico que é detentor do saber e sabe o que é melhor para mãe e filho.

Em algumas situações, as mulheres, no momento da dor e ansiedade em relação ao parto, delegam aos obstetras o controle e a condução de seus corpos, como mostra o relato a seguir.

> Olha, sinceramente eu estava com tanta dor que na hora eu não pensei nada, é tipo assim sabe, a senhora é médica, é a sua escolha, é o certo fazer uma cesariana então vamos fazer uma cesariana se é, se tem que fazer uma cesariana pra minha filha nascer bem, eu sinceramente esqueci de perguntar para minha irmã o porque ela não falou também para eles que eu poderia ter parto normal, mas eu nem me atinei na hora a falar para eles que eu queria parto normal sabe, porque quando tu está ali louca de dor, tu esquece de tudo sabe, tu não fica preocupada se vai ser parto normal ou cesariana sabe, tu só quer que nasça o teu filho de uma vez. Sinceramente a recém ontem eu perguntei para uma doutora o porquê de eu ter feito cesárea, por que eu queria parto normal, mas eles não me perguntaram se eu queria parto normal ou cesárea, só que eu cheguei aqui com dor e a única coisa que me falaram foi que eles davam prioridade para quem era HIV positivo eles faziam cesariana porque era HIV positivo, só isso, e então eu fui para o bloco cirúrgico só isso, não me perguntaram se eu queria cesárea se eu queria parto normal, não me perguntaram nada. (Puérpera 06)

A partir da enunciação da puérpera 06, é possível observar, embora a puérpera tivesse conhecimento que sua carga viral era indetectável, no momento do parto, devido à ansiedade, medo, dor e desejo de que o bebê estivesse bem, esqueceu de questionar sobre a possibilidade de realizar o parto normal e delegou aos obstetras o controle da situação. Por outro lado, conforme a enunciação da puérpera, os profissionais de saúde envolvidos no parto não explicaram o motivo pelo qual a puérpera foi submetida à cesariana, assim como sua preferência por determinado tipo de parto.

Na perspectiva de Müller, Rodrigues e Pimentel (2015), um discurso hegemônico da obstetrícia opera sobre o parto ancorado na alienação da mulher sobre o corpo e na crença na tecnologia, ambos como requisitos para se esquivar do parto como um evento que comporta descontrole e imprevisibilidade. O discurso biomédico desconsidera os desejos e as informações que a gestante traz consigo.

Por meio deste excerto e de outros, em muitas situações no atendimento à gestante no trabalho de parto há uma inversão, uma vez que a avaliação se inicia por meio de exames, como toques vaginais e monitorização fetal, e depois através de diálogo, em que comunica a mulher sobre a decisão do obstetra quanto ao tipo de parto.

Para Shaw (2007), o discurso do parto hospitalar na atualidade remete ao obstetra a figura de resolutividade, ou seja, o parto é habitualmente tratado como uma doença ou um problema a ser resolvido mediante a medicalização, onde a

participação e a espontaneidade da mulher são inerentes ao processo, em detrimento do saber e da eficácia das condutas realizadas pelos obstetras.

É interessante pensar como esses discursos atravessam algumas mulheres, uma vez que deixam seus desejos e conhecimentos de lado em favor do saber que a medicina detém. É preciso entender que a permissão da gestante obstetra e frente a decisão sobre o desfecho do parto, também está relacionada ao medo que a mulher tem de desobedecer ao obstetra e ficar desassistida, assim como o temor em relação ao bem-estar do bebê.

A seguir, segue a fala de uma gestante sobre a realização da cesariana, ainda que anteriormente tivesse vontade de realizar o parto normal.

> Quando eu recebi a notícia da cesariana, estava minha mãe e o meu esposo, a minha mãe enfim ficou comigo e o [nome do esposo] saiu não aguentou a choradeira toda. E aí depois ela veio conversou comigo, olha [nome da puérpera] não dá, teu bebê pode ter tal coisa, pode ter isso, aquilo, não dá, daí eu já estava mais conformada e falei então tudo bem pode marcar a cesárea e marquei a cesárea para sexta-feira as 07h30min da manhã, porque não tinha nenhuma sala, por que ela queria fazer no mesmo dia, porque ela ficou muito preocupada. E no fim realmente se confirmou a preocupação dela, porque se nós tivéssemos esperado até dia onze, porque eu queria que fosse até dia onze pelo menos a espera pelo parto normal, e se não deu o parto normal com a espera das 39 semanas, então vamos fazer, porque ela me deu essa chance, porque geralmente quando a mãe é diabética ela já marca a cesárea com 37 ou 38 semanas, mas como eu queria normal ela disse, vamos dar uma chance para a [nome da puérpera] porque eu acho que ela consegue, mas eu não consegui e o bebê teve problema, ele ficou dois dias na semi-intensiva por causa dos problemas da minha diabetes, ele poderia ter ficado bem mais se não fosse a cesárea, então eu acho que foi uma boa decisão médica. (Puérpera 01)

O modelo institucionalizado e com ações intervencionistas ao parto, no qual, em algumas situações, a gestante permanece isolada, sofrendo e sem auxílio, também a faz perceber na cesariana uma possibilidade de não sofrer e de maior resolutibilidade.

O excerto mostra que houve o estabelecimento de um diálogo entre a obstetra, a puérpera e seus familiares, quanto à necessidade de realizar a cesariana. Ao olhar o excerto, entendo a importância do estabelecimento do diálogo e a tentativa da obstetra em tentar o parto normal, entretanto, a decisão efetivamente da cesariana permaneceu com a obstetra. Houve uma conversa sobre o porquê realizar a cesariana, mas em nenhum momento a possibilidade da gestante escolher se de fato realizaria a cesariana ou o parto normal. Neste momento, não cabe aqui uma discussão clínica sobre a patologia da qual a gestante

era portadora, mas, sim, problematizar a forma e os engendramentos que possibilitaram essa escolha.

Para Cordeiro (2013), nas decisões sobre as escolhas e os direitos com o corpo, o sujeito é responsável por si em parte. Pois, embora ele desenvolva o cuidado, busque informações e conhecimento, permanece dependente do poder e saber da autoridade do médico que irá direcionar as melhores opções terapêuticas, apontando as condutas a serem adotadas. Nesta correnteza do pensamento, a escolha da gestante pelo tipo de parto foi atravessada pelo saber do obstetra.

Fato também presente na fala da puérpera 10

> Quem escolheu o meu parto foi a médica, se ela tivesse me apoiado e dito, vamos lá, vamos tentar até o final e se tudo der errado a gente tenta cesárea, não, ela disse: o teu bebê é grande, sempre me questionando se eu tinha certeza do parto normal, então isso influencia na tua decisão, se não tivesse a questão do mioma, ou só o fato de ela ser grande eu iria levar até ao final, mas eu até falei para minha mãe que ela veio com o papinho da cesárea, porque a gente percebe na fala, daí pelo jeito que ela falava, vai ser cesárea, eu perguntei para algumas colegas que conhecem ela, se ela faz parto normal, por que eu escolhi ela pelo plano de saúde, e me falaram que geralmente ela não fazia parto normal, e ai tu já percebe que se já tem uma fala e uma conduta, só precisava do mioma, desse crescimento do mioma no caso, eu também não quis ir contra ela e arriscar, mas porque eu estava insegura, se eu tivesse segura eu tinha tentado o parto normal. (Puérpera 10)

Mesmo almejando o parto normal e sabendo que poderia ser possível sua realização, a puérpera não conseguiu se posicionar contra a posição da obstetra.

De acordo com Foucault (2010a), existem vozes autorizadas e legitimadas a falar, as quais produzem efeitos de verdades na sociedade, ainda para o autor não importa quem fala no discurso, mas a posição que o sujeito ocupa. Nesse sentido, o obstetra, detentor de um saber científico legitimado, ocupa uma posição no discurso da cesariana diferente da gestante, ainda que tenha se instrumentalizado e buscado o conhecimento em relação ao parto normal, a posição que o obstetra ocupa influencia a gestante a aceitar a cesariana.

Segundo Cordeiro e Kruse (2016), a mídia colabora para o enaltecimento do médico quando atribui a ele a posição de protetor da vida. Ao médico é designado o direito de decidir o que é melhor, ordenando comportamentos e atitudes que devem ser realizadas.

Não cabe aqui questionar a conduta ou indicação da realização da cesariana, mas problematizar a relação de poder existente entre o obstetra e a gestante. No momento em que a gestante delega a condução de toda a situação ao obstetra,

existe uma liberdade para a condução e para o processo de nascimento frente ao seu corpo e do recém-nascido. A relação de poder, aqui, ancora-se no saber que o obstetra tem para conduzir o parto e na confiança da gestante no saber médico.

7 Algumas Considerações Finais

Ao finalizar a escrita desta tese, percebo o quanto trabalhar com as questões a partir da perspectiva teórica que adotei, me possibilitaram entender e pôr em suspenso “verdades” sobre enunciações e enunciados que circulam em torno da cesariana.

A partir do objetivo de analisar os discursos que operam nas relações entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana foi possível mostrar que existem possibilidades para algumas enunciações sobre a cesariana entre obstetras e gestantes como: “a cesariana é segura”, “a cesariana é indolor”, “a cesariana traz a possibilidade de programar o parto”, “o médico tem mais controle sobre a cesariana do que sobre o parto vaginal”, “eu não quero ficar horas em trabalho de parto”, circulem no corpo social.

As enunciações citadas possibilitam a circulação de discursos sobre as “verdades” sobre a cesariana que subjetivam não somente obstetras e gestantes a optar por esta forma de parir, mas o corpo social, mostrando que a cesariana pode ser consumida como um bem de consumo.

A análise do material empírico permitiu não apenas mostrar as enunciações presentes nos discursos das mulheres e obstetras, mas, também identificar as relações de saber e poder que estão presentes nesses discursos, o que tornou possível, neste momento, enunciar sobre a cesariana desta forma e não de outra.

Sobre as condições de possibilidade para o discurso da cesariana, destaco o deslocamento da função do hospital, a conformação da obstetrícia enquanto ciência, a institucionalização do parto e a medicalização do processo de parir.

A reconfiguração do hospital, criado com o objetivo de ser um morredouro para mendigos e abrigo para as pessoas que necessitavam de caridade, passou a ser um lugar de cura. Para esta “mudança” foi preciso o estabelecimento de táticas e procedimentos como a observação minuciosa e o registro sobre o corpo do doente

pela medicina. Tais procedimentos, possibilitaram a medicina um saber aprimorado sobre o corpo e não somente um saber, mas a posição de enunciar “verdades” sobre a doença e posteriormente sobre como evitar a doença.

O hospital enquanto lugar de cura e institucionalização do saber médico, possibilitou com o passar do tempo, a criação de especialidades, para dar conta de atender as diferentes necessidades dos indivíduos, e assim nasce a obstetrícia enquanto ciência do corpo da mulher.

As condições de possibilidade que permitiram a escolha da cesariana entre gestantes e obstetras nesta tese, estiveram relacionadas ao discurso da obstetrícia, enquanto ciência a obstetrícia tratou de mostrar as diferenças entre o corpo da mulher e o corpo dos homens, e mais do que isso, possibilitou a enunciação do corpo da mulher, enquanto corpo fragilizado, dotado de imperfeições que necessita de correções e aperfeiçoamento.

Nesta conjuntura, confere ao obstetra o poder de enunciar “verdades” sobre esse corpo e ao mesmo tempo maneiras e procedimentos para contornar desvios. As mulheres passaram a sentirem-se incapazes de controlar seu corpo para parir, o que colaborou para a circulação do discurso do risco em relação ao parto normal e a cesariana como possibilidade de evitar possíveis riscos e imprevisibilidades. A circulação desse discurso está atrelada a relação de saber que o obstetra possuí e o legitima para enunciar ou reafirmar a cesariana enquanto forma de nascer segura.

Nesta tese, embora algumas mulheres tivessem conhecimento sobre o parto vaginal e a vontade de parir por esta via de parto, a decisão sobre o tipo de parto foi do/da obstetra. Dentre as enunciações dos obstetras foi possível mostrar que ainda que os mesmos reconheçam o direito de escolha da mulher sobre as condutas em relação ao parto e a participação neste momento, o saber que os mesmos são detentores os possibilita a decisão final sobre a sobre a via de parto.

Por outro lado, os resultados apontaram que as mulheres, embora sejam conhecedoras de seus direitos, conferem ao obstetra a decisão sobre a via de parto e/ou as intervenções necessárias.

Este fato confirma a tese deste estudo, que foi de que a escolha da cesariana é atravessada por discursos como, a mídia, as amigas e a família, porém a relação de saber e poder com o obstetra influencia a reafirmação pela cesariana ou a mudança para esta via de parto.

A análise do material empírico possibilitou identificar por meio dos ditos dos obstetras e das gestantes três tipos de poderes apontados por Foucault, o poder disciplinar, poder pastoral e o biopoder que operam na perspectiva da tomada de decisão pela cesariana tanto para os/as obstetras quanto para as gestantes.

Cabe destacar, que mais do que mostrar de quem é a escolha pela cesariana, foi possível reconhecer que existe um regime biopolítico atuante nesta escolha, que atravessa tanto as gestantes quanto os obstetras e que ambos são subjetivados por esse regime o que torna a cesariana uma escolha produtiva para obstetras e gestantes.

No que tange, as contribuições para a área da saúde e da enfermagem, percebo que este estudo mostra que é possível olhar para as questões da escolha da cesariana de outra forma, entendendo que esta escolha é atravessada por tramas, jogos de verdades e relações de poder, capazes de produzir sujeitos, formas de viver, ser e agir.

Acredito que os profissionais da saúde reificam discursos e estabelecem regras e coordenadas que as gestantes devem seguir a fim de obter uma gestação saudável, e, ao mesmo tempo que impõem tais regras para gestante e sua família, também sou/somos subjetivada/os por determinadas prescrições, regras e práticas a serem seguidas.

Destaco que a escrita desta tese, não tem a pretensão de fazer com que os profissionais de saúde e gestantes, desconsiderem os protocolos e políticas que vigoram na atenção a gestação, parto e nascimento, mas que é possível, tencionar e problematizar a ordem do discurso, veiculando e fazendo circular determinados discursos que são aceitos como verdadeiros e naturais.

Referências

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v,15, n 36, p.79-91, 2011.

AISSA, T.F; OBA, M.V.; PINTO, M.C.R.L.R; SCANDIUZZI, R. J.; SOARES, D.W.; GOMES D.F. A representação social da primigesta em relação ao parto **Cadernos ESP, Ceará**, v.8, n.1, p.11-19, jan./jun, 2014.

ALMEIDA, N.A.M., MEDEIROS, M., SOUZA, M.R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 819-827, 2012.

BACHA, A. M.; GRASSIOTTO, O.R.; CACIQUE, D.B.; MACHADO, H. C.; FONSECHI-CARVASAN, G.A.; SOUZA, C.A.B. Parto normal ou cesárea: a influência do tipo de parto desejado na satisfação materna quanto à assistência hospitalar ao nascimento. Rev. Adm. Saúde, v. 17, n.66, 2017.

BARBOSA, J. F.; TOÉ, T. F. D.; SIMÕES, P. W. Incidência de cesariana entre usuárias de um plano de saúde privado. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 4, p. 336-341, 2015.

BARRETO, M. R. N. A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia **Niterói**. v. 7, n. 2, p. 219-236. 2007.

BARROS, S.M.O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para pratica assistencial**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009, 488p.

BARROS, A. J. D. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Revista de Saúde Publica**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 635-43, 2011.

BESSA, L.F; MAMADE, M.V. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 24, n.1, p.11-22, jan./dez. 2010.

BELLO, S. E. L.; TRAVERSINI, C. S. Saber estatístico e sua circularização para o governamento de todos e de cada um. Boletim de Educação Matemática, Rio Claro, v.24, n.40, p.855-871, 2011.

BITTENCOURT, F.; VIERA, J.B.; ALMEIDA, A.C.C.H. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Cogitare Enferm**, v.18, n.4, p.515-20, 2013.

BOREM, P.; FERREIRA, J. B. B.; SILVA, U. J.; JUNIOR, J. V.; ORLANDA, C.M.B. Aumento do percentual de partos vaginais no sistema privado de saúde por meio do redesenho do modelo de cuidado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**, v.37, n.10, p. 446-454, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento** de 01 de junho de 2000.

_____Ministério da Saúde**: Acompanhante no parto traz mais segurança para mãe,** 2005. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto

_____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011

_____ Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde [Internet]. Indicadores de cobertura: proporção de partos cesáreos. 2012a.

_____Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012**. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília; 2012b.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 a. [Links]

_____ Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.b [Links]

_____Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e projeto na Câmara pretendem reduzir partos por cesariana. 2014 c. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/476065-Ministerio-da-saude-e-projeto-na-camara-pretendem-reduzir-partos-por-cesariana.

_____Atualização das taxas de partos na saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 17 maio 2016. Acessado em: 23 de out. Online. Disponível em:< www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar>

_____ Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em saúde. Miomas uterinos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2201-miomas-uterinos. Acesso em 24 de agosto de 2017.

BRENES, A.C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, V.7, n.2, p. 135-149,1991.

BRUBAKER, S.J. ; DILLAWAY, H. E. Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. **Sociology Compass** ,v.3,n.1, p.31-48,2009

BRUGGEMANN, O.M.; OSIS, M.J.D.; PARPINELLI, M.A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública online. Rio de Janeiro**, v.41, n.1, p. 44-52, nov. 2007.

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 13ª edição, Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2017.

BUSANELLO, J.; KERBER, N.P.C.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; MENDONZA-SASSI, R.A.; AZAMBUJA, E.P. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. **Rev. Enfer. UERJ**, v.19, n.2, p.218-23, 2011.

CAMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A. - Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online),** Goiânia, v.2, n.2, jan/jun. 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006

CARDOSO, J.E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22,n. 1, p. 35-52. 2012

CARNEIRO, R.M.G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado.** 2011.341f. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. 2011.

CARNEIRO, R.M.G. "E onde ficam os direitos das mulheres no momento de dar à luz? Parir no Brasil: um problema de saúde pública." **Revista Direito Mackenzie** v.5, n.2, p.227-237,2012.

CARVALHO, M. K. **O nascimento biopolitico: convocações dos dispositivos da mídia em prol da cesariana e do medo do parto.** 2016. 148f. Dissertação de mestrado (Doutorado em Semiótica)- Programa de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

CASTRO, E. Introdução a Foucault. 01 edição. Autentica Editora 2014.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem**.** Resolução COFEN Nº. 311/2007**.** Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.** Disponível em: **<**http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7263&sectionID=34

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209-232, 1992.

CORDEIRO, Franciele Roberta. **Eu decido o meu fim?** A mídia e a produção dos sujeitos que governam sua morte. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal

do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/85462> Acesso em: 20 set. 2017.

CORDEIRO, F. R.; KRUSE, M. H. L. Direito de morte e poder sobre a vida: saberes para o governo dos corpos. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 25, n. 2, e3980014, 2016.

CORDOVA, F. P. **Do pré-natal ao parto : estudo das trajetórias terapêuticas percorridas por um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar de assistência à saúde.** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. 2008.

COSTA, T.; STOZ, E.N.; GRYNSZPAN, D.; SOUZA, M.C.B. Naturalization and medicalization of the female body: social control through reproduction. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Educ., v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006.

CRIZÓSTOMO, C.D.; NERY, I.S.; LUZ, M.H.B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 98 – 104, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14>. Acesso em: 22 fev.2017.

CUNNINGHAM, F.G.; BANGDIWALA, S.I.; BROWN, S.S.; DEAN, T.M.; FREDERIKSEN, M.; ROWLAND, H.C.J.; et al. National Institutes of Health consensus development statement on vaginal birth after cesarean: new insights. **Obstetrics & Gynecology**, v.115, n.6. p.351-365, 2010.

CURY, A. F.; TEDESCO, J. J. A. Aspectos polêmicos na indicação de cesariana. **Femina**, v. 31, n. 9, p.809-812, 2003.

DEL PRIORI, M. Viagem pelo imaginário do interior feminino. **Revista Brasileira de História**, v.19, 34, 1999.

DAVIS-FLOYD, RD. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **Journal of Gynecology and Obstetrics**. v.75; n.1, pp. S5-S23. 2001.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2647-55, 2006

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001.264p. Tese de Doutorado. Faculdade de medicina. Universidade de São Paulo. 2001

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ. S.G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface comunicação saúde educação**. v.18, n.48, p.217-20. 2014

DINIZ, C.S.G.; CHACHAM, S.A. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de casarias e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**. v.1,n.1,p.80-91, 2006.

DINIZ, F.R.A., OLIVEIRA, A.A. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **Scientia,** v. 2, n. 3, p. 143-158, 2013.

DODOU, H.D.; RODRIGUES, D.P.; GUERREIRO, E.M.; GUEDES, M.V.C.; LAGO, P.N.; MESQUITA, N.S. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v.18, n.2, abr/Jun 2014

DOMINGUES, R.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M. Satisfação das mulheres com a assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.552-562, 2004.

ESCOBAL. A.P.L. **Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição**. 2010, 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de Enfermagem). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.
ESCOBAL, A.P.L. **Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas adolescentes.** 2012. 113f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2012.

FERRAZ, D. A. S. Resistir para experimentar parir: corporalidade, subjetividade e feminismo entre mulheres que buscam o parto humanizado no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p.1087-1091, 2016.

FIGUEIREDO, N.S.V.D.; BARBOSA, M.C.D.A.; SILVA, T.A.D.S.; PASSARINI, T.D. M.; LANA, B.N.; BARRETO, J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU revista**, n.36, n.4, p.296-306, 2010.

FISCHER, R. M. B. Mídia e educação da mulher: uma discussão teórica sobre modos de enunciar o feminino na TV. **Revista Estudos Feministas**, ano 9, p. 586-599, 2001.
FISCHER, R.M. Na companhia de Foucault: Multiplicar acontecimentos. **Educação & Realidade**, v.29, n.1, p.215-227, 2004.

FISCHER, R.M. **Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão.** Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

FONSECA, M. A. **Michel Foucault e o Direito.** São Paulo: Saraiva, 2012. 2 ed.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Clinica.** São Paulo: Forence Universitária;1977

_____ **O Sujeito e o Poder**. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. Michel Foucault, uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.

_____.**Em Defesa da Sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martin Fontes, 2005.

_____**Segurança, Território, População**. (Col. Tópicos). São Paulo, Martins Fontes, 2008.

_____ **A ordem do discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo. Ed. Loyola, 2010 a.

_____ **Estratégia poder saber\ Michael Foucault**, 2ª edição. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2010b. (Ditos e Escritos IV).

_____. **A hermenêutica do sujeito.** Ed. WMF Martins Fontes Ltda. São Paulo, 2011. 674p.

_____ Genealogia e Poder In: _____**Microfísica do poder**. 26. Ed. São Paulo: Graal, 2013a.p.262-277

_____O nascimento da Medicina Social In: _____**Microfísica do poder**. 26. Ed. São Paulo: Graal, 2013b.p.143-170

O nascimento do hospital In: _____**Microfísica do poder**. 26. Ed. São Paulo: Graal, 2013.c.p.171-189

_____ **A arqueologia do saber**. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014 a.

_____ **Vigiar e Punir. Nascimento da Prisão**. 42 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014b.

FRANK, T.C.; PELLOSO, S.M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.1, p.22-29. 2013.

FRANKLIN, J. S.; BITTAR, C. M. "A humanização do parto. Relatos de puérperas e profissionais de um centro obstétrico de um hospital privado em um município de Franca." **Revista Investigação**, v.14, n.2. p.139-148, 2015.

FREIRE, M.M.L. **Mulheres, mães e médicos: Discurso maternalista no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora Fundação Getúlio Vargas.2009. p.264

FREIRE, N.C.; NUNES, I.M.; ALMEIDA, N.C.; GRAMACHO, C.C.V. Parto normal ou cesárea? a decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.25, n.3, 2011

GADELHA, S. Biopolitica, governamentalidade e educação: Introdução e conexões, a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte, AUTENTICA. 2013. 238p.

GAMA, A. S.; GIFFIN, K. M.; ANGULO-TUESTA, A.; D'ORSI, G. P. B. E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov., 2009.

GAMA, S.G.N.; VIELLAS, E.F.; SCHILITHZ, A.O.C.; THEME FILHA**,** M.M.**;** CARVALHO, M.L.; GOMES, K.R.O.; COSTA, M.C.O.; LEAL, M.C. Fatores

associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-20
12. **Cad.Saúde Pública [online]**, v.30, n.1, pp. 117-127. 2014.

GAUDENZI, P. ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface -Comunicação., Saúde, Educação,** 2012.

GIUSTI, P. H. **O dispositivo da velhice na mídia impressa: verdades sobre saúde na contemporaneidade.** 2015. 200f. Tese (Doutorado em Educação em Ciências). Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande – FURG

GOMES, A.R.M.; PONTES, D.S.; PEREIRA, C.C.A.; BRASIL, A.O.M.; MORAES, L.C.A. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v.4, n. 11, p. 23-27. 2014.

GUIMARÃES, S.B. Algumas práticas do biopoder sobre os corpos dos indivíduos contemporâneos. **Clínica & Cultura,** v.3, n.2, p. 18-27.2014.

HABERLAND, D.F., SCISLESKI, A.C.C. Gestão de famílias: a mãe como foco da medicalização durante a gestação e o nascimento. **Quaderns de Psicologia,** v.19, n.2, p. 179-90, 2017.

HELMAN CG. **Cultura, saúde e doença** 4. ed. Porto Alegre. Artes Médicas; 2003.

HIRSCH, O. N. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 229-249, 2015.

HENNING, C. C.; HENNING, P. C. Sobre verdades inventadas e mentiras potentes: práticas de si como espaço de resistência. In **Cultura, ambiente e sociedade**. Rio Grande, Ed. Universidade Federal do Rio Grande, 2012.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975

HUANG, S.Y.; SHEU, S.J.; TAI, C.J.; CHIANG, C.P.; CHIEN, L.Y. Decision-Making Process for Choosing an Elective Cesarean Delivery Among Primiparas in Taiwan. **Matern Child Health J**. n.17, p.842–851.2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. <www.censo.2010.ibge.gov.br/resultados.> Acesso em: 17 jul. 2013.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. University California Press; 1980.

LEAL, M.C.; et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**, v.9, n.15, 2012.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; Pereira, M.N.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014

LEÃO, M.R.C.; RIESCO, M.L.G.; SCHNEK, C.A.; ANGELO, M. Reflexões sobre excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Rev. Ciência Saúde coletiva**, v.18, n.08, p.2395-2400, 2013.

LEGUIZAMON JUNIOR, T., STEFANI, J.A., BONAMIGO, E.L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. bioét. (Impr.),** v. 21, n. 3, p. 509-17, 2013.

LEISTER N. **Transformações ao modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram a luz nas décadas de 1940 a1980. BRASIL**. 2011 (Dissertação mestrado em enfermagem) USP.

LURIE S. The changing motives of caesarean section: from the antient world to the twenty-first century. **Arch Gynecol Obtet**, v.271, n.4, p.281-5, 2005.

MACEDO. J.G.; ARRAES, R. **Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira. VII**

JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE: Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura ISSN: 1982-5544

MALHEIROS, P.A., ALVES, V.H., RANGEL, T.S.A., VARGENS, O.M.C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012.

MARCELLO, F.A. **O dispositivo da maternidade: Mídia e produção agonística de Experiência.** 2003**.** 187f. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MARCELLO, F. A. Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: o conceito de dispositivo em questão. **Currículo sem Fronteiras**, v. 9, n. 2, p. 226-241, jul./dez. 2009.

MARINHO, E. R. As relações de poder segundo Michel Foucault. **- Revista Facitec**, v. 2 n. 2, Art. 2, 2008.

MARTINS, A.P.V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.

MARTINS, A.P. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, v.13, n.3, p. 320, 2005.

MARTINS-COSTA, S.H.; RAMOS, J.G.L.; SALAZAR, C.C. IN. FREITAS, F. ET AL. **Rotinas em obstetrícia.** Ed. 06 Porto Alegre. Artimed, 2011.

MATOS, G. C.; DEMORI, C.C.; ESCOBAL, A.P.L.; SOARES, M.C.; MEINKCE, S.M.K.; GONÇALVEZ, K.D. Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online,** v.9, n.2, p.393-400, abr., 2017.

MENDONÇA, S. S. **Mudando a forma de nascer:** agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do parto. 2013. 159 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://ppgantropologia.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/16/2016/07/mudando-a-forma-de-nascer-ag%C3%AAncia-e-constru%C3%A7%C3%B5es-de-verdades-entre-ativistas-pela-humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-parto.pdf

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, abr./jun. 2015.

MEYER, D. E. E. Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações no cuidado em saúde. **Enfermagem em Foco,** v.2, n.1, p.18-22, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MOTT. M.L. Assistência ao parto do domicilio ao hospital. **Proj. História**. v.25, 2002.

MONTENEGRO, C. A.B; FILHO, J. R. **Rezende, obstetrícia fundamental**. 11ª Edição, Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2008.

MÜLLER, E.; RODRIGUES, L.; PIMENTEL, C. O tabu do parto. Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 272-293, abr./jun. 2015.

MUNIZ, B.M.V.; BARBOSA, R.M. Problematizando o atendimento ao parto. **Memorias Convención Internacional de Salud Pública.** Cuba Salud, 2012**.**

MUNRO, S.; KORNELSEN, J.; HUTTON, E. Decision Making in Patient-Initiated Elective Cesarean Delivery: The Influence of Birth Stories. **J Midwifery Womens Health.** v.54, n.5, p.373-9. 2009.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da região Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1859-1868. 2008.

NAKANO, A. R; BONAN, C; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo 885 de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v.25,n.3, p. 885-904, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011. Acesso em 24 mar de 2017

NAKANO, A. R; BONAN, C; TEIXEIRA, L. A. **Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia**, v.23, n.12, p.155-172,2016.

NASCIMENTO, R. R. P.; ARANTES, S.L.; SOUZA E.D.C.; CONTRERA, L.; SALES, A.P.A.. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 119-126, 2015.

NETINA, S.M**. Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.2014

NUNES, M. L. P. **Subjetividade cesariana pensando o parto como potência**. 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.
NUNES, A.C.F.; RAMOS, D.K.R.; MESQUITA, S.K.C. Preferência por cesarianas em gestantes nulíparas de um consultório particular de ginecologia e obstetrícia: um estudo de caso. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde,** Três Corações, v.12, n.2, p.743-753, ago./dez. 2014.

OKSALA, J. **Como ler Foucault**. Rio de Janeiro. Zahar. 2011.141p.

OLIVA, C.M.P.S. **Cesariana versus parto vaginal: Como nascer?** 2010. 31f. Dissertação de mestrado integrado em medicina. Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.2010

OLIVEIRA, R. S.; PINTO, G. R. Mães de suas decisões: o papel do ciberfeminismo no empoderamento da mulher e na reivindicação de direitos relativos ao parto a partir do acesso à informação. **RVMD**, Brasília, v. 10.2, n. 2, p. 378-405, jul./dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, saúde Reprodutiva e da Família**. Assistência ao parto normal: guia prático**. Genebra. 1996.

OSAVA, R.H.; SILVA, F.M.B.; TUESTA, E.F.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; AMARAL, M.C.E. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.6, p.1036-43. 2011.

PÁDUA, K.S.; OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A.; BARBOSA, A.H.; FILHO, O.B.M. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.1, p.70-9. 2010.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação***,* São Paulo, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PIMENTEL, T.A.; OLIVEIRA-FILHO. E.C. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica**. Universitas ciências da saúde**, v.14,n.2,p.187-199.2016

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, abr./jun. 2010.

POSSATI AB, PRATES LA, CREMONESE L, SCARTON J, ALVES CN, RESSEL LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v.21, n.4, p.1-6, 2017

PERDOMINI, F.R.I.; BONILHA, A.L.L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enfermagem**, v.20, n.3, p.445-52, 2011.

PEREIRA, R.R; FRANCO, S.C; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade.** São Paulo. v.20, n.3. p.579-589, 2011.

PIMENTEL, T.A.; OLIVEIRA-FILHO, E.C.; Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. **Universitas: Ciencias da Saúde**, Brasília, v.14, n.2, p. 187-199, 2016.

PIMENTEL, C.; RODRIGUES, L.; MULLER, E.; PORTELLA, M. Autonomia Risco e Sexualidade: A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS**, v.4, n.01, 2014.

PINHEIRO, B.C.; BITTAR, C.M.L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Rev. Aletheia.** v.37, p.212-227, jan./abr, 2012.

PIRES, D; FERTONANI, H.P.; CONILL, E.M.; MATOS, T.A.; COSRDOVA, F.P.; MAZUR, C.S. Influencia da assistência profissional no parto. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,** Recife, v.10, n.2, p.1 91-197, 2010.

RAGO, M. Sexualidade e Identidade na Historiografia Brasileira dos anos vinte e trinta. **Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe**, v.12, n. 1, 2014.

RANGEL, V. M.; CAMARGO JR, K. R. A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar. **Physis**, v.26, n.4, Rio de Janeiro, out./dez. 2016.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, São Paulo, v.13 n.1 p. 595-602. 2009.

RAUTER, C. M. B. **Subjetividade cesariana pensando o parto como potência.** 2014. 96f. Dissertação (Mestre em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense.

REGIS, J.F.S.; RESENDE, V.M. “Daí você nasceu minha filha”: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra**. Delta: Documentação e Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, v.31, n.2, p.574-602, 2015.

REIS, S.L.S.; PENTEADO, C.E.M.; CHATKIN, M.N.; ESTRELA, M.S.; PORTO, P.G.; MUNARETTO, M.M. Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n. 1, p.7-10, jan.-mar, 2009.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A,1969

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 10.ed. 2005.

REZENDE, C. B. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. **Cadernos Pagu** [online], n. 36, p. 315-344, jan./jun. 2011.

REZENDE, C. B. O parto em contexto. Narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p.214-228, abr./jun. 2015.

REVEL J. Michel Foucault: **Conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005. 96p.

RIBEIRO, E.D.L.M.; FONTOURA, I.G.; CORDEIRO, J.R.; SILVA, P.C.A.; CHAVES, R.G.R. Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, Maranhão: via de parto predominante em outubro e novembro de 2013. **Manag Prim Health Care**, v.5, n.2, p.195-201, 2014.

RIBEIRO, M., PIERANGELO, T.O. O corpo arregimentado: via de nascimento e discurso médico. **Revista Communicare,** v. 15, n. 2, p. 134-41, 2015
.
RIFFEL, M. J. **A ordem da "humanização do parto" na educação da vida.** 2012**.** 238f. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.

ROBLES, B La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. **Cuicuilco**, v.18, n.52, septiembre-diciembre, p. 39-49, 2003.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência das diferenças: sexo e gênero na medicina da mulher**. 224p. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2001.

ROVERI, L.L., FONSECA, M.R.C.C*.* Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto*.* **Revista saúde UNG online**, v. 10, n. 3/4, p. 8-21, 2016

SALIM, N.R.; SOARES, J.C.F.; BRIGAGÃO, J.I.M.; GUALDA, D.M.R. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional **Cogitare Enferm**. 2012 Out/Dez, v.17, n.4, p.628-34, 2012.

SANTOS, M.J.D.S; AUGUSTO. A. "Se estava tudo bem, porque é que eu havia de ir a uma obstetra? " Identidade, risco e consumo de tecnologia médica no parto Domiciliar em Portugal. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 82, p.49-67,2016.

SANTOS, M.L. Os desafios de uma filosofia para a humanização do parto e do nascimento. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, Brasília, v.4, n.4, p.17-24, 2010.

Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/829/792>.Acesso em 12 dez. 2016.

SANTOS, J. D. O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** v.12, n.4, p.645-50. 2008.

SANTOS, R. A. A.; MELO, M. C. P.; CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v.13, n.2, p,76-89, 2015.

SCHWENGBER, M. S. V. **Donas de si?: a educação de corpos grávidos no contexto da Pais & Filhos.** 2006. 192f. Tese de Doutorado (Doutorado em Educação) Programa de Pós Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio grande do Sul. UFRGS, Porto Alegre, 2006.

SCHWENGBER, M. S. V. **A educação da mãe carinhosa e o discurso das práticas corporais e esportiva nas páginas da Pais & Filhos.** Porto Alegre, v. 15, n. 03, p. 209-232, julho/setembro de 2009.

SCHWENGBER, M.S.V.; MEYER, D.E. Discursos que (con)formam corpos grávidos: da medicina à educação física. **Cadernos Pagu**, v.36, p.283-314, 2011.

SEIBERT, S.L.; et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.
SHAW, R. “It’s your body, your baby, your birth’: planning and achieving a home birth”. **Feminism Psychology**, v. 17, n. 4, p. 565-570, 2007.

SILVA, A. L. Ensaios em Saúde Coletiva: Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. Saúde Coletiva, vol. 2, núm. 7, 2005.

SILVA, S.P.C.; PRATES, R.C.G.; CAMPELO, B.Q.A. Parto normal ou cesariana? fatores que influenciam na escolha da gestante. **Rev Enferm UFSM**, v.04, n.1, p.1-9, 2014.

SILVA, R.C.; SOARES, M.C.; JARDIM, V.M.R.; KERBER, N.P.C.; MEINCKE, S.M.K. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto Contexto Enfermagem,** v.22, n.3, p.629-36, 2013.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A**.** O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, v.41, n.1, p.82-89, 2007.

SOUZA, H.R. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, .a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo**. 2005.156f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. 2005.

SOUZA, M.S. **A enfermagem e as mulheres no pré-natal: Uma contribuição Freiriana na educação em saúde**. 2011.135f. Dissertação de Mestrado em enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011

STASSUN, C. C. S; ASSMANN, S. J. Dispositivo: Fusão do objeto e método de pesquisa em Michel Foucault. **Cad. de Pesq. Interdisciplinar em Ciências Humanas,** Florianópolis, v.11, n.99, p. 72-92, jul/dez, 2010

TAKEMOTO, A.Y.; SANTOS, A. L.; OKUBO, P.; BERCINI, L. O.; MARCON, S. S. **Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação**. Ciência. Cuidado Saúde, v.10, n.3, p. 444-451, 2011.

TAVOLARO, L.G.M.; TAVOLARO, S.B.F. Corpo e Modernidade na abordagem de Anthony Giddens: Uma Reflexão à Luz do Discurso pela Humanização do Parto. **Cad. Esp. Fem**., Uberlândia/MG, v. 24, n. 1, p. 15-48, Jan/Jun, 2011.

TAYLOR, S.J. BOGDAN R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados**". Editorial Paidós Básica. 1987 de todas las ediciones em castellano. pp. 100-132.

TORNQUIST, C. S. "Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto." **Revista Estudos Feministas,** v.10. n.2, p.483-492, 2002.

TORNQUIST, C.S. **Parto e poder o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004.376p Programa de pós graduação em antropologia social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

TORRES, U. S.; MORAES, M. S.; PRIULI, AREDES, R. M. **O parto cesáreo e o sistema de saúde brasileiro: um estudo em um hospital escola**. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, 2011.

VÁSQUEZ, G. Maternidade e Feminismo: Notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**. Três Lagoas, v.3, n.6, p.167-18, 2014.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. Governo ou Governamento. **Currículo sem Fronteiras**, v. 5, n. 2, p. 79-85, jul./dez. 2005

VEIGA-NETO, Alfredo da. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. **Cadernos de Educação | FaE/PPGE/UFPel,** vol.34, p. 83-94, setembro/dezembro 2009.

VELEDA, A. A. **Trajetórias do nascer:** a construção cultural da incompetência de mulheres gestantes para gestar e parir no subsetor suplementar da saúde em Porto Alegre, RS. 2015. 325 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129507/000977049.pdf?sequence=1> Acesso em: 15 mai. 2017.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 282-289, mar./abr. 2014

VIANNA, R. Gestação Consciente. 2004. Disponível em: http://www.portalverde.com.br/gestacaoconsciente/rodrigovianna/artigos/cesariaxnormal.ht. Acesso em: 20/08/2015

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VIEIRA, MR. **Resgate das parteiras leigas: a humanização ao parto**. 2004.79f. Dissertação (mestrado em enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantantil**, Recife,v.10, n.3, p.359-367 jul. / set., 2010.

WEIDLE, W.G.; MEDEIROS, C.R.G.; GRAVE, M.T.Q.; BOSCO S.M. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Colet.,** Rio de Janeiro, v.22, n.1 p.46-53, 2014.

WEI, C.Y. **Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiências e percepções de um grupo de mulheres em um hospital escola**.191p (Dissertação mestrado Enfermagem). USP.

WORLD HEALTH ORGANIZATION**. *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).** Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

Apêndices

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das puérperas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Orientadora: Profª Enfª Drª Marilu Correa Soares
Coorientadora: Profª Psic. Drª Ana Paula Müller de Andrade
Orientanda: Enfª Ana Paula de Lima Escobal

PESQUISA: Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana: uma análise foucaultiana.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Venho, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa que tem como objetivo analisar os discursos entre gestantes e obstetras na escolha da cesariana.

PROCEDIMENTOS: Será realizada entrevista com a senhora e utilizado gravador com seu consentimento. Os resultados serão usados para elaboração da tese de doutorado vinculada ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel e publicação em revistas e jornal e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento ou coleta de material biológico. A entrevista será gravada com seu consentimento e a senhora responderá as questões de livre e espontânea vontade. Na realização da entrevista, a senhora poderá manifestar em algum desconforto ao relembrar do seu parto e da cesariana e para diminuir ou suprimir estes riscos, as questões poderão ser respondidas ou não sem prejuízo algum para a senhora.

BENEFÍCIOS: Os benefícios que a senhora terá ao participar do estudo serão as informações e troca de conhecimentos entre a senhora e as pesquisadores almejando-se a construção de uma assistência humanizada ao processo de parto e nascimento.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação neste estudo será voluntária e poderá interrompê-la a qualquer momento, se assim desejar, sem que esta atitude lhe traga qualquer prejuízo.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente pelo presente consentimento informado que minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Estou ciente de que recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. A investigadora respondeu todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com a pesquisadora responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

_____

Participante da Pesquisa

_____

Ana Paula de Lima Escobal –Orientanda Tel: (53) 81447696
e-mail: anapaulaescobal@hotmail.com

_____

Profª Enfª Drª Marilu Correa Soares – Orientadora Tel: (53) 9147-9691
email: Enfmari@uol.com.br

_____

Profª Psic. Drª Ana Paula Müller de Andrade- Coorientadora Tel: (53) 8141-7557
email: psicopaulla@yahoo.com.br

Data: ___/_____/ _____

APENDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos\das obstetras

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

Orientadora: Profª Enfª Drª Marilu Correa Soares

Coorientadora: Profª Psic. Drª Ana Paula Müller de Andrade

Orientanda: Enfª Ana Paula de Lima Escobal

PESQUISA: Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana: uma análise foucaultiana

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Venho, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa que tem como objetivo analisar os discursos que operam nas relações entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana.

PROCEDIMENTOS: Será realizada uma entrevista em aprofundamento gravada com seu consentimento. Os resultados serão usados para elaboração da tese de doutorado vinculado ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel e publicação em periódicos científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento ou coleta de material biológico. A entrevista será gravada com seu consentimento e o Senhor (a) responderá as questões de livre e espontânea vontade. O estudo poderá acarretar em algum desconforto de cunho emocional durante a realização da entrevista e para amenizar ou suprimir estes riscos, as questões poderão ser respondidas ou não sem prejuízo para o(a) Senhor(a).

BENEFÍCIOS: Os benefícios aos participantes no estudo serão a troca de informações e conhecimentos entre o (a) senhor(a) e as pesquisadores sobre a escolha do parto cesariana almejando-se a construção de uma assistência humanizada ao processo de parturição.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sem que esta atitude me traga qualquer prejuízo.

CONFIDENCIALIDADE: estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Estou ciente de que recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. A investigadora respondeu todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do

estudo. Este formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com a pesquisadora responsável pela pesquisa

Assinaturas:

_____

Participante da Pesquisa

_____

Ana Paula de Lima Escobal –Orientanda - Tel: (53) 81447696
e-mail: anapaulaescobal@hotmail.com

_____

Profª Enfª Drª Marilu Correa Soares - Orientadora
email: Enfmari@uol.com.br

_____-_____

Coorientadora: Profª Psic. Drª Ana Paula Müller de Andrade
email: psicopaulla@yahoo.com.br
Tel: (53) 8141-7557

APÊNDICE C– Instrumento de Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS PUÉRPERAS

Dados de Identificação

Dados pessoais:

Nome fictício:

Idade:

Estado civil:

Grau de Escolaridade:

Formação Profissional:

Trabalha?

Renda Familiar:

Religião:

Tipo de Internação:

Dados Obstétricos:

N° de gestações:

Nº de filhos vivos:

N° de abortos:

N^{O} de consultas de pré-natal

Local das consultas do Pré-Natal

Questão norteadora:

1- Comente sobre sua experiência com o processo de escolha e realização do parto

APÊNDICE E– Instrumento de Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS OBSTETRAS

Dados de Identificação

Nome fictício:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Formação Profissional:

Tempo de formado:

Pós-graduação: sim ( ) Qual?_____ Em que área_____

Não ( )

Tempo de trabalho na Instituição:

Questão norteadora: Comente sobre como você desenvolve sua prática cotidiana em relação o processo de parturição

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

UFPEL - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana: uma análise foucaultiana
Pesquisador: ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 62209516.0.0000.5317
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.882.680

Apresentação do Projeto:
O presente projeto de tese apresenta como objetivo geral analisar os discursos que operam nas relações entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana, especificamente busca identificar as condições de possibilidades dos discursos presentes nas relações de saber/poder entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana e problematizar os discursos presentes na escolha pela cesariana por gestantes e obstetras. A fim de problematizar a emergência do discurso da cesariana e as relações de poder saber presentes entre puérperas e obstetras nesta escolha, optou-se por utilizar como referencial teórico o filósofo francês Michael Foucault. A escolha do referido referencial esta pautada na possibilidade de que Foucault compreende o discurso como algo que se estabelece para responder as necessidades de uma determinada época. Dados epidemiológicos tanto a nível mundial como a nível nacional, evidenciam altos índices da realização de cesariana nas últimas décadas. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a realização da cesariana não ultrapasse a 15%. A literatura científica presente nesta pesquisa revela que a escolha pela cesariana esta relacionada aos discursos presentes na sociedade, tais como, discursos familiares, midiáticos, científicos, dentre outros. A pesquisa será realizada no município de Pelotas no Sul do Brasil em dois cenários, a clínica ginecológica e obstétrica de um hospital de ensino e o domicílio das puérperas participantes do estudo. Os

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro **CEP:** 96.020-360
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

participantes do estudo serão os obstetras que atuam na clínica ginecológica e obstétrica e as puérperas que realizaram cesariana no hospital participante do estudo e puérperas que realizaram cesariana pelo Sistema Único de Saúde e Sistema Privado. A coleta de dados será realizada no segundo semestre de 2016 por meio da entrevista em profundidade. Os dados serão analisados de acordo com a análise do discurso proposto pelo filósofo Michel Foucault. Os princípios éticos da pesquisa serão respeitados, o projeto deverá ser encaminhado para a apreciação e posterior aprovação do comitê de ética.
Descritores: saúde da mulher, parto, cesariana.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Geral

Analisar os discursos que operam nas relações entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana.

Objetivos Específicos

Identificar as condições de possibilidades dos discursos presentes nas relações de saber/poder entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana.

Problematizar os discursos presentes na escolha pela cesariana por gestantes e obstetras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Em relação aos riscos para os participantes deste estudo, aponta-se que a pesquisa envolverá, exclusivamente, a realização de entrevistas. Não será realizado nenhum tipo de procedimento invasivo, nem coleta de material biológico ou experimentos com seres humanos.
No entanto, durante a realização da entrevista poderá ocorrer algum desconforto de cunho emocional, e para amenizar ou suprimir estes riscos, as questões poderão ser respondidas ou não, sem prejuízo ao participante.
Os benefícios para os participantes serão o compartilhamento de ideias e vivências sobre a escolha do tipo de parto entre os participantes e os pesquisadores.
Aos participantes do estudo será assegurado o acesso aos resultados da pesquisa e o direito à desistência durante o processo de investigação, sem prejuízo pessoal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo qualitativo buscando entender como acontece a decisão para o parto cesareo tanto no sistema público quanto no privado. Assunto de extrema relevância e visa preencher uma lacuna no conhecimento atual.

Projeto bem elaborado, com escrita clara e bem estruturada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TCLE_PUERPERAS.doc	15/01/2017 15:52:07	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	autorizacaoUCPEL.doc	15/01/2017 15:51:48	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_815989.pdf	10/11/2016 20:45:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	10/11/2016 20:44:23	ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	06/11/2016 14:10:20	ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL	Aceito
Cronograma	cronograma.doc	06/11/2016 14:08:39	ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.doc	06/11/2016 14:02:40	ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoparaimprimir.doc	06/11/2016 13:59:53	ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	autorizacaoodois.doc	06/11/2016 13:54:12	ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.doc	06/11/2016 13:49:09	ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL	Aceito

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS

Continuação do Parecer: 1.902.580

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PELOTAS, 15 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-220

Anexo B – Carta de Autorização

São Francisco de Paula
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

Pelotas, 27 de outubro de 2016

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCPEL

Declaro ter conhecimento e autorizo a realização da pesquisa intitulada Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana: uma análise foucaultiana, proposto pelos pesquisadores Ana Paula de Lima Escobal, Marilu Correa Soares (orientadora) e Ana Paula Müller de Andrade (coorientadora). O referido projeto será desenvolvido no Hospital Universitário São Francisco de Paula, e só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do CEP.

Atenciosamente,

Dr. Claudio Stazzesso Filho
CRM-RS 15876
DIRETOR TÉCNICO
HUSFP

Direção do HUSFP

Comitê de Educação/ NIEPAS HUSFP

Hospital Universitário São Francisco de Paula
Rua Marechal Deodoro nº 1123 | Pelotas/RS | CEP: 96020-220
FONE: (53) 2128.8300 | FAX: (53) 2128.8392
www.husfp.ucpel.tche.br | husfp@yahoo.com.br
C.N.P.J.: 92.238.914/0002-94