



ARTIGOS



“Que a sorte seja lançada”:
poder obstétrico e regulação dos corpos gestantes em uma Unidade Básica de Saúde da região metropolitana no Sul do Brasil

Paulo Ricardo Favarin GOMES, *Unisinos*

Roniele Costa SARGES, *Unisinos*

Laura Cecilia LÓPEZ, *Unisinos*

Resumo: O artigo aborda a produção de relações de saber-poder no âmbito da assistência pré-natal, ao indagar em como são exercidas as diferentes formas de controle sobre os corpos femininos, na trama do poder obstétrico. A partir de um estudo qualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) cujo foco principal é a ‘saúde materno-infantil’, localizada em um município da região metropolitana no Sul do Brasil, questionamos quais são os dispositivos de poder obstétrico acionados durante a assistência, e como se dão as subjetivações das gestantes em relação a esses dispositivos. Analisamos a centralidade do médico especialista e o modo como é exercido um saber-poder que dociliza os corpos grávidos e produz as cesáreas como via principal de nascimento. Embora as discussões de implementação de políticas públicas, desde os anos 1980, apontem à saúde da mulher no marco dos direitos sexuais e reprodutivos, e as ações de “humanização da assistência pré-natal e ao parto” se vejam contempladas nas diretrizes que guiam as políticas nesse campo, ao mostrar a mulher como “protagonista” das decisões e vivências reprodutivas, os resultados desse estudo demonstram situações de “injustiça epistêmica” no cotidiano dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Pré-natal. Poder Obstétrico. Regulação dos Corpos.



Introdução

A assistência pré-natal é um tema de estudo de crescente interesse para as ciências da saúde, principalmente as pesquisas que abordam a sua ampliação como dispositivo sanitário no Brasil, desde a década de 1990, garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). São analisados seus alcances e problemáticas em termos epidemiológicos (CESAR et al., 2012; VIELLAS et al., 2014; LEAL et al., 2017; BARROS et al., 2019; SAAVEDRA et al., 2019), assim como sua adequação às metas das políticas públicas (ANVERSA et al., 2012; VETTORE et al., 2013; MARTINELLI et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015; TSUNECHIRO et al., 2018). Porém, como destaca Alfonsina Faya Robles (2015a), poucos trabalhos no país têm se dedicado à análise das mudanças nas formas de regulação que a expansão desse dispositivo produz nos corpos grávidos, assim como as formas de subjetivação que essas mudanças têm produzido.

Em uma perspectiva antropológica da reprodução, e a partir de estudos realizados em diferentes sociedades, Carole Browner e Nancy Press (1990; 1996) mostram que a assistência pré-natal é o momento em que o processo de medicalização da gravidez entra em ação, sendo o palco não só da biologização e patologização da gestação, mas também da regulação dos comportamentos maternos e paternos e do que se espera deles em um particular sistema de gênero.

No Brasil, Robles (2015a) analisa as relações entre mulheres jovens de camadas populares usuárias dos serviços de saúde pública e os profissionais de saúde na construção de experiências da gravidez nas cidades de Recife-PE e do Rio de Janeiro-RJ. A autora destaca a transmissão de normas específicas para o cumprimento do papel materno entre as mulheres jovens e a maneira como “os atendimentos do pré-natal têm se convertido em um dispositivo de regulação não somente de comportamentos e práticas corporais ligadas ao ‘cuidado de si’ e do ‘outro a vir’, mas também das relações de parentalidade” (ROBLES, 2015a, p. 190). Propõe-se também a ideia de sanitarização, para entender como os profissionais transmitem e impõem valores sobre a saúde e o estar



saudável, muitas vezes descontextualizados das vivências sociais dessas mulheres gestantes, marcadas por desigualdades de classe, raça, idade.

Entendemos a medicalização como a “intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 22), produzindo verdades e dispositivos de regulação dos corpos e das populações. A criação desses dispositivos no ceio dos Estados ocidentais, transformou a questão demográfica em problema de natureza ginecológica e obstétrica, permitindo a apropriação médica do corpo feminino como objeto de saber/poder (ROHDEN, 2009). A formação histórica da ginecologia/obstetrícia produziu a diferença sexual binária (ROHDEN, 2009) e delimitou a ‘natureza feminina’ como incontrolável, tornando ‘necessários’ os procedimentos médicos para domesticar essa natureza no espaço de uma normalidade reprodutora (VIEIRA, 2002), e hierarquizando corpos e maternidades marcados por raça, classe, idade, orientação sexual (MATTAR; DINIZ, 2012).

Baseada em aportes do pensamento foucaultiano e do feminismo crítico, Gabriela Arguedas-Ramírez (2014; 2016) elaborou o conceito de “poder obstétrico”, como a expressão de um poder disciplinador que opera sobre os corpos das mulheres, com capacidades reprodutivas para engravidar e parir, dentro de uma estrutura social de gênero patriarcal. O exercício deste poder patologiza a gravidez e o parto como modo de “colonização do útero” (EHRENREICH, 1993) e controle dos corpos femininos através da tutela médica, tornando-os corpos dóceis e sexuados (FOUCAULT, 1987) que requerem disciplinamento para conduzir a economia da reprodução (RAMÍREZ, 2014).

Dentro dessas discussões, o presente artigo indaga em como são exercidas as diferentes formas de controle sobre os corpos femininos no âmbito da assistência pré-natal, na trama do poder obstétrico (BAZZICALUPO, 2017; RAMÍREZ, 2014). A partir de um estudo qualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) cujo foco principal é a ‘saúde materno-infantil’ (mencionado no nome da UBS), localizada em um município da região metropolitana no Sul do Brasil, questionamos quais são os dispositivos de poder obstétrico acionados



durante a assistência, e como se dão as subjetivações das gestantes em relação a esses dispositivos. Abordaremos a centralidade do médico especialista e o modo como é exercido um saber-poder que dociliza os corpos grávidos e produz as cesáreas como via principal de nascimento.

Metodologia

Os dados analisados foram produzidos no contexto de uma pesquisa qualitativa sobre as experiências de mulheres em relação à assistência pré-natal prestada pelo SUS num município da região metropolitana no Sul do Brasil, cujo campo se deu entre os anos 2017 e 2018. Dentro desse projeto, foi realizado um recorte correspondente à dissertação de mestrado do primeiro autor, através de um estudo de caso de uma UBS destinada à saúde materna localizada no centro da cidade. Para a produção dos dados foram utilizadas as técnicas de entrevista e observação participante.

Em relação à observação, a equipe de pesquisa realizou uma etapa exploratória entre os meses de novembro e dezembro de 2017, com visitas em diferentes dias e turnos de atendimento. Fomos atrás das narrativas das gestantes na sala de espera, já que era o momento que tínhamos para conversar de maneira um pouco mais livre com elas. Como as usuárias chegavam ao local antes das nove horas da manhã (para garantir a consulta previamente agendada) e o médico chegava em torno das onze horas para atender as gestantes, elas ficavam na sala de espera conversando sobre assuntos muitas vezes vinculados à gestação e maternidade, até serem atendidas pelo profissional. Notamos que esse era um momento de partilha de conhecimentos, de experiências, de estratégias.

Quando o médico chegava, todas ficavam no aguardo de serem chamadas e as conversas entre elas iam se diluindo. Das conversas informais com as mulheres na sala de espera, pode-se notar diversidade de vivências. A maioria eram trabalhadoras: algumas delas com emprego de baixa remuneração e usuárias de longa data da rede pública; outras eram empregadas administrativas com escolaridade média ou



desempregadas recentes que deixaram de pagar o convênio particular de saúde e estavam buscando atendimento na rede pública apenas por essa circunstância. Eram moradoras de diversos bairros da cidade (grande parte das entrevistadas não residia no centro). Em muitos casos buscavam o atendimento nessa UBS porque não se sentiam seguras ou contempladas com o atendimento na unidade de saúde do seu território (falta de médico, não gostavam do atendimento dos profissionais, situações de roubos, etc.). Foi ressaltado quase unanimemente que elas estavam realizando o pré-natal naquela unidade porque gostavam muito do “doutor X”, uma vez que se sentiam seguras nas consultas com ele.

Durante o ano de 2018 a equipe retornou ao local e ocorreu a etapa de realização das entrevistas, no escopo da dissertação de mestrado. Foram entrevistadas nove gestantes. Elas foram escolhidas por conveniência. Explicávamos os objetivos da pesquisa, perguntávamos quem estava interessada em participar e, se aceitava, procedíamos à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe mencionar que, nesse texto, as entrevistadas receberam nomes fantasias, assim como não foram mencionados cidade e estado de localização do estudo, para garantir o anonimato dos sujeitos de pesquisa.

O perfil das entrevistadas é composto majoritariamente pela raça branca. Das nove entrevistadas, nenhuma era moradora do centro da cidade, sendo que moravam em diferentes bairros distantes da região central. Quatro delas estavam na primeira gestação e outras quatro na segunda; apenas uma estava na terceira. A faixa etária variou dos 18 aos 32 anos de idade. Em relação à atividade laboral, as principais declarações foram “do lar” e “autônomas”, o restante das declarações foram individuais: estudante, recepcionista, auxiliar de escritório, auxiliar de limpeza e desempregada.

As entrevistas ocorreram na sala de espera. Este fato ajudou na captação das entrevistadas e na disponibilidade de tempo para participar da entrevista. Porém, o fato de estar no âmbito de uma instituição de saúde demonstrou certa limitação às respostas mais críticas, pela falta de intimidade, perturbação sonora, etc. Além disso, o espaço físico do local



foi um dos fatores que não proporcionou um ambiente privativo, de modo que as entrevistas ocorreram integralmente em espaços compartilhados.

As conversas foram conduzidas por um roteiro semiestruturado, com questionamentos que fossem ponto de partida para narrativas de suas vivências – atuais ou anteriores às entrevistas que realizamos. As falas foram gravadas e transcritas, para a posterior análise. Foi elaborado diário de campo de cada entrevista, aproveitando esse momento como situação de observação.

Para analisar o material verbal produzido, utilizou-se a análise do discurso como dispositivo, uma vez que ele permite a identificação de múltiplas interpretações, verbais e não verbais, de modo a descentralizar o sujeito, ou seja, permite ter uma ‘visão’ das nuances relativas não somente às questões objetivas, mas às subjetividades das mulheres entrevistadas (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Esta metodologia de análise nos pareceu adequada aos objetivos perseguidos pela presente pesquisa, em relação às experiências de pré-natal e maternidade das mulheres atendidas na rede pública de saúde.

A Centralidade do Médico Especialista e a Produção de Riscos

Como já ressaltado, a assistência pré-natal como dispositivo sanitário começou a ser ampliada no país na década de 1990, acompanhando a consolidação institucional do SUS. Nesse processo, ela tornou-se parte essencial para o acompanhamento da gestação e parto, sendo respaldada pela Portaria nº 569/2000 – a qual institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000, s/p) – e pela Portaria nº 1.459/2011 – que institui a Estratégia Rede Cegonha a fim de fortalecer a rede de cuidados, de modo a garantir à mulher “o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez”, sem retirar da criança o “direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011, s/p).

A Unidade Básica de Saúde (USB), no âmbito do SUS, é considerada a porta de entrada preferencial para a assistência à gestação



e o ponto estratégico de acompanhamento continuado. A proposta programática principal para a reorganização dos modelos e práticas materno-infantis na atenção básica é o da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com sua visão generalista mais alinhada às propostas de humanização do cuidado enunciadas pelas políticas públicas. Porém, notam-se entraves e embates entre discursos de medicalização (centrados na prática do médico especialista ginecologista/obstetra) e de humanização (baseados na prática generalista de uma equipe multiprofissional) no âmbito da atenção primária em saúde, que configuram o cuidado pré-natal ofertado com uma sobreposição da prática medicalizadora sobre a generalista (WARMLING et al., 2018).

A UBS na qual foi realizada a pesquisa é dedicada quase que integralmente à assistência pré-natal e está localizada no centro da cidade. Cabe destacar que o estabelecimento não conta com Equipe de Saúde da Família, sendo que a assistência pré-natal é centrada nos médicos especialistas. Nessa unidade atuavam dois ginecologistas: um médico com mais idade, bastante conhecido na cidade por atender há mais de trinta anos tanto na rede pública quanto no maior convênio de saúde da região, e uma médica mais jovem, que estava há pouco tempo trabalhando na rede pública. Há no local uma única enfermeira dedicada ao pré-natal, que atende as gestantes em um só dia da semana, para conduzir a primeira consulta, com informações gerais sobre os cuidados durante a gravidez (consultas e exames que deverão realizar, cuidados com alimentação, etc.). Também realiza o teste rápido de HIV, sífilis e hepatite.

Pelas observações de campo, que foram realizadas nos dias de atendimento do médico, uma vez que nesses dias se concentrava a maior parte dos atendimentos de pré-natal, destacou-se que as consultas duravam aproximadamente 10 minutos. As gestantes que tinham consultas pré-agendadas para o dia eram orientadas a chegar a partir das oito horas da manhã (e antes das 9h). No entanto, o atendimento era iniciado em torno das onze horas desse mesmo turno. A chegada das mulheres em horário bastante antecedente àquele em que as consultas efetivamente ocorriam se devia à orientação da UBS, com a justificativa de que não ocorressem atrasos. Notamos que essa orientação causava



desconforto às usuárias, o que foi evidenciado durante as entrevistas. Mesmo com essa queixa, foi quase unânime a referência ao ginecologista como sendo o motivo principal para as gestantes realizarem seus atendimentos nessa UBS.

Ao falar da assistência pré-natal na unidade de saúde, as entrevistadas referiam-se a ela como sendo “tranquila”, sem intercorrências. O profissional referido com centralidade era o médico, percebendo-se pouca menção à profissional de enfermagem que atuava na UBS.

O ginecologista que atendia as gestantes na UBS era bastante valorizado pelas entrevistadas, as quais referiram procurar atendimento com ele por recomendação de alguma parenta ou conhecida que já havia tido esta experiência. Como já salientado, o referido profissional é bastante conhecido no município, por ter uma trajetória de muitos anos de atendimento tanto na rede pública quanto na rede privada. O fato dele atuar também na rede privada transparece na valorização da ideia, recorrente entre as entrevistadas, de que essa UBS tem um atendimento “parecido com o convênio”. Neste ponto, é importante salientar que muitas das mulheres já tinha experimentado convênio de saúde e deixaram de tê-lo e/ou misturavam as duas modalidades de assistência.

Nádia, entrevistada de vinte anos de idade e que estava na primeira gestação, com trinta e uma semanas, possuía ensino médio incompleto e atuava profissionalmente como recepcionista. Ela realizou várias tentativas para engravidar, mas sem sucesso e que, quando decidiu que não era mais o momento, ocorreu a gravidez. Consultava na UBS de seu bairro, mas como lá não havia médico, acabou migrando para o centro. Para isso, também foi fundamental a indicação recebida de sua tia.

Conforme Nádia: “eu fiz um convênio, mas eu vou ter que ganhar no Hospital X [maternidade pública da cidade] como o meu marido começou a trabalhar muito tarde já quando eu estava grávida, não daria pra eu ganhar pelo convênio”. Podemos interpretar nessa fala a preferência pelo convênio, mas na situação de não poder utilizá-lo, a gestante optou por um tipo de atendimento que mais se assemelhasse ao idealizado no convênio.



Júlia, com dezoito semanas de gestação, vinte e nove anos de idade, estava na segunda gravidez e atuava profissionalmente como auxiliar de limpeza. Referiu que suas dúvidas sobre o pré-natal eram sanadas somente com o médico, com a caderneta da gestante e, às vezes, pela internet. Em sua fala, destacou-se também a centralidade e a experiência do profissional médico, além da semelhança do atendimento da UBS com o da rede privada. Júlia, ao contar como chegou na UBS, referiu “por indicação de amigas [...] por causa do atendimento, o Doutor X também. Na verdade, foi o Doutor X que me atendeu no particular da primeira gestação”. Ela passou para o atendimento público no meio da primeira gestação, sendo que seu primeiro filho nasceu na maternidade da cidade vizinha e declarou querer que seu segundo filho nascesse no mesmo hospital.

Jacira, com trinta e dois anos de idade, na primeira gestação, possuía ensino superior e especialização. Sua fala evidencia a centralidade do médico na assistência pré-natal e a “experiência” do profissional específico que atende na UBS:

o doutor, especialmente falando do Doutor X, ele é muito experiente, né, ele deixa a gente bem tranquila, ele responde todas as questões [...] quando eu descobri estar grávida, foi em dezembro, início de dezembro, eu fui no posto mais próximo, [...], e ali a gineco que poderia me acompanhar, ela estava entrando de férias, naquele mesmo dia que eu procurei, então, só daqui um mês, eu não iria esperar, não deixaria o meu filho correr risco, nem eu, de esperar mais um mês pra começar o meu pré-natal, né, então eu fui informada que aqui seria o lugar mais, vamos dizer, mais central, também pensei na questão de ter que vir de ônibus, e teria outras opções de profissional.

Vemos nessa fala que as ideias de “não correr risco” e da busca de “outras opções de profissional” associadas levaram a gestante à UBS pesquisada.

Nota-se que a busca das gestantes pelo médico especialista, para além das particularidades dele, pode estar relacionada à centralidade que os ginecologistas obstetras têm dentro do arcabouço biomédico, como o



profissional mais legitimado para cuidar e intervir no corpo das mulheres (grávidas).

A figura do médico especialista ainda parece levar consigo a imagem do “agente civilizador”, tal como analisa Ana Paula Martins (2004) na sua pesquisa histórica sobre como se difundiu o saber obstétrico no Brasil, de modo que as ações desses profissionais pudessem transformar e moldar condutas ao difundir normas higienistas que contemplavam “a família, o casamento e a mulher, constituindo o saber sobre a sexualidade, a infância e o corpo feminino” (MARTINS, 2004, p. 217-218).

A noção de “risco” apareceu nas narrativas das mulheres como balizadora do cuidado pré-natal. As entrevistadas fizeram uma distinção sobre o quanto o médico interagiu com elas se o curso da gravidez era tido como “normal” ou se as mulheres apresentavam alguma doença ou algum “risco” (excesso de peso, pressão alta). Nesse último caso, elas referiram que se estabelecia um controle rigoroso, principalmente em relação ao peso. A idade também apareceu como um marcador de “risco”. Caso nenhum fator “de risco” fosse observado, as consultas eram curtas e sem muita conversa (geralmente serviam apenas para “mostrar os exames”). É o caso de Samanta, de trinta e um anos de idade e com cinco meses de gestação, estava na terceira gestação, possuía ensino médio completo e trabalhava como autônoma. Ao ser questionada sobre o atendimento médico, ela respondeu:

Depende a necessidade, que nem às vezes a pessoa está bem, ele explica, orienta, mostra os exames, está tudo tranquilo, agora quando a pessoa tá com uma complicação um pouquinho maior ele dá um atendimento, eu sei por causa que eu tive o aborto, eu até fiquei eu disse pra elas, me deixa por último, por ai não vai atrapalhar o atendimento das meninas e pra ele me explica o que que podia o que que não podia, o que que estava acontecendo.

Podemos destacar a estratégia dela de ser deixada para último lugar, para não interferir nas consultas das outras gestantes, e poder ficar mais tempo com o médico para sanar suas dúvidas já que o tempo



“normal” dispendido para as consultas consideradas “de rotina” era muito curto para as necessidades dela.

Felícia, de dezenove anos de idade, com dezessete semanas de sua primeira gestação, possuía ensino médio e não exercia atividade remunerada. Aguardava a primeira consulta nessa UBS, mas já tinha consultado antes em seu bairro. Ao ser questionada sobre se sofreu discriminação em alguma momento, no âmbito da assistência pré-natal, ela referiu que sim, “por eu ser um pouquinho mais gordinha”:

Tu precisa cuidar um pouco mais da alimentação, mas isso nem por causa do bebê né, por causa de mim, só que eu fui desde pequena gordinha então, daí eu vejo também que tem gente que, tem gurias lá perto de casa que são mais gordinhas que eu e passam pela gravidez tranquilo [...] mudei um pouco [a alimentação], só que é, aí, aquelas vontades de tomar um refrigerante, eu tomo. No início eu não tomava, porque a médica lá tinha me liberado só o H₂O, daí eu estava certinho né, só que agora eu já soltei um pouco.

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

Processo similar fica evidente na fala de Nádia, entrevistada já apresentada acima, e que refere: “eu até fui na nutricionista já, porque eu engravidei acima do peso. Na verdade, a gestação está super tranquila, eu não engordei na gestação, eu já estava acima do peso, por isso que a minha meta, além de comprar uma casa, comprar um carro, era emagrecer, pra poder depois engravidar”. Vemos que a ideia de risco é disseminada, vai além da figura do médico. Apresenta-se como discursos modeladores de subjetividades (ela equiparou desejos de consumo e de emagrecer para se sentir apta/saudável para engravidar).

O fator idade também apareceu relacionado à noção de risco, como pode transparecer na narrativa de Rosângela, de trinta e dois anos de idade, estava na segunda gestação, não exercia atividade remunerada.



Segundo a entrevistada: “não tive nada assim, de problema de saúde, os exames tudo certinho, com ela também. Só que agora eu estou com 32 anos, muda, a gente sente uma diferença, até assim, tudo que é relação, até no meu psicológico”.

A solicitação de exames se apresentou como central nas narrativas das mulheres, aparecendo como instância mediadora do contato com o médico. Como já foi mencionado, se os exames tivessem resultados “normais”, parecia não ser preciso conversar com as mulheres sobre outros assuntos. Dimensões psíquicas/emocionais/afetivas parecem não ser abarcadas no cuidado por não serem capturadas e mensuradas pelos exames clínicos.

As mulheres entrevistadas também expressaram acessar outras vias de informação (parentas e amigas que falavam sobre suas experiências; internet e aplicativos tipo whatsapp). Muitas vezes, essas vias alternativas são utilizadas em face de “sentir vergonha” de buscar esclarecimentos diretamente com o profissional médico. Nesse sentido é a fala de Nádia: “às vezes eu fico até com vergonha de perguntar algumas coisas pro médico, daí eu pego e como eu consigo ter enfermeira, eu pergunto pra ela, tiro minhas dúvidas com ela, eu tenho amigas que são enfermeiras, daí eu sempre tiro as minhas dúvidas ali no whats, rapidinho”.

Porém, essa circulação de informação e o entendimento das mulheres sobre as prescrições médicas eram, em alguns casos, postos em questão. Notamos sentimentos de medo (por falta de informações qualificadas) e de culpa (culpabilização das mulheres por não seguirem à risca o que foi dito pelos médicos). Isso transparece na fala de Felícia:

Exame de urina, que eu fiz agora, mês passado, era pra ter feito logo após o primeiro pré-natal, só eu como eu não entendi, acabei esquecendo de marcar, não marquei lá o papel, no bairro lá, aí passou aí eu fui no segundo pré-natal e ele me pediu os exames e eu, não, que exames, eu não marquei, daí ele, aí, tu tinha que ter marcado no papel amarelo, não sei o que, aí agora eu marquei, daí já fiz, já peguei os exames pra passar hoje com o doutor aqui.



A noção de risco ganha uma proporção maior quando vinculada à vida do bebê, quando as obstetras referiram que “sua barriga subira” e isso poderia ter acontecido pela “má respiração” dela, enquanto na condição de gestante.

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

O risco passa de ser corporificado numa possível “gravidez de risco” para uma “maternidade de risco”, como reflete Robles (2015b), no sentido de uma moralidade imposta às mulheres de camadas populares, culpabilizando-as por comportamentos que coloquem elas e principalmente os bebês em “risco”.

Podemos entender essas dimensões ligadas ao poder obstétrico, no sentido de produzir corpos dóceis através de dispositivos de controle (FOUCAULT, 2012). Robles (2015b) refere que a categoria “risco” opera em dois níveis biopolíticos: no nível macro da vigilância epidemiológica das populações; e no nível micro da prescrição de comportamentos, atuando como ferramentas de autotransformação moral em detrimento das doenças e deficiências.



A categoria de risco confere à mulher em período gestacional um determinado status em relação às outras gestantes que não são categorizadas desse modo. Assim, espera-se dessas mulheres, por parte dos profissionais de saúde, bem como pelo seu meio social, uma determinada postura e conseqüentemente seu autocuidado, imposto sobre seu corpo para manter a segurança do feto. Os dispositivos acionados são os da medicalização, através intervenções médicas e farmacológicas, e os da sanitização, numa dimensão moral do que seria o autocuidado ideal, e que, segundo a pesquisa da autora, acaba colocando as mulheres como “incapazes” ou “indignas” (ROBLES, 2015a).

Nas narrativas das entrevistadas esses dispositivos aparecem em ato relacionados aos exames de pré-natal, aos cuidados com a alimentação, à idade (se são muito jovens ou muito velhas para engravidar), à própria definição de “incapacidade” para ter um parto normal.

Como propõe Arguedas-Ramírez (2014, p. 156), “la vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto, son parte de los mecanismos de control y generadores del poder obstétrico”. Interessante notar que as noções de risco mobilizam a principal característica do poder obstétrico, ressaltada por Arguedas-Ramírez (2016): a promoção de “injustiça epistémica”, exercida a partir de um saber institucionalizado sobre os corpos que serão disciplinados ao despojá-los da condição de sujeitos de conhecimento.

Essa injustiça epistémica tem o médico ginecologista/obstetra como centro, sendo o profissional mais legitimado para determinar uma “gravidez de risco”. Os outros profissionais (enfermeiros, médicos generalistas, etc.) formam parte do exercício do poder obstétrico, porém, de maneira menos legitimada, já que não estão habilitados a diagnosticar/intervir sobre o corpo grávido. Esse poder dos médicos especialistas fica mais explícito na hora de indicar uma cesariana, questão que abordaremos na categoria a seguir.



“Que a Sorte Seja Lançada”: A Medicalização e a Produção de Cesáreas

Uma das questões que ganhou destaque nas narrativas foi o processo de decisão pela via de parto. Chamou a atenção o direcionamento para a realização de cesáreas, tornando-se quase que exclusivamente uma decisão médica. Notamos que muitas das mulheres entrevistadas tinham como desejo o parto normal, mas que, por certos percalços, acabava sendo realizada uma cesárea. A frase “que a sorte seja lançada” de uma das entrevistadas expressa algo em comum referido pelas mulheres: que o médico falava que cada parto era um parto e que não se sabia até o momento do nascimento qual via (se vaginal ou cesárea) seria efetivamente.

Alessandra, grávida de 27 semanas, 18 anos de idade, desempregada, tendo sua fonte de renda por pensão, utilizava a UBS no centro por não ter UBS de referência em seu bairro. No momento da entrevista, aguardava a segunda consulta com o médico. Estava na primeira gestação e, ao questionarmos sobre qual tipo de parto desejava, ela disse: “eu quero ter parto normal... porque é melhor [...] mas eu não sei quem, não sei se eu vou ter normal ou cesárea... O médico disse que só na hora pra saber”. A entrevistada reforçou ao longo da entrevista que o médico saberia “só na hora”, demonstrando que a decisão dependia apenas dele.

Samanta, já apresentada na categoria anterior, ao questionamento sobre o tipo de parto que desejava para a atual gravidez, respondeu: “quero que seja parto normal, quero ter a experiência dos dois. Depende depois se a gente vai ter dilatação, porque é mais o doutor que vê”. Ela narrou, acerca da primeira gestação:

Eu queria, claro, parto normal né, só que depois que eu tive a minha filha e eu vim aqui pra fazer avaliação, depois de trinta dias, que eu vi que tinha uma moça que tinha ganhado de parto normal, ela teve complicação até com o parto normal” e conclui “quem diz que não é a cesárea que faz o mal, sabe, a minha cesárea também infecciono, mas não foi nem por conta do atendimento, foi da questão de eu estar levantando da cama, diversas vezes pra ir no banheiro.



Ouvindo outras experiências e ressoando nos discursos de medicalização que foi corporificando ao longo da assistência pré-natal, Samanta parece banalizar a própria experiência nociva em relação à cesariana. Percebe-se que a entrevistada se coloca no papel de responsável pelo próprio processo infeccioso que a acometeu e tem grande preocupação em isentar qualquer possibilidade de má condução do processo assistencial ao qual foi submetida.

Reforçou-se o posicionamento de “culpa” quando a entrevistada foi questionada acerca da orientação sobre o momento do parto que recebera durante o pré-natal. Fazendo alusão ao momento em que a médica definiu cesárea pelo fato do seu bebê ter se movimentado e ido “pra cima”, ela refletiu: “eles orientavam na hora. Eu era a primeira e a gente fica nervosa, que o que eles explicaram, às vezes tu deleta da cabeça”.

No caso de Rosângela, que na categoria anterior mostramos algumas incertezas que ela sentia em relação à sua idade “avançada” (construída como um risco para sua segunda gestação), a experiência da primeira gestação deixou alguns “ensinamentos” para ela:

É que na primeira eu não sabia que era cesariana... Eu não tinha dor, nada, só que daí já tinha rompido a minha bolsa, já tinha descido sangue...tomei banho...fui consulta com a médica...não tinha dor...daí ela disse não, tem que sentir dor, não sei o que, tá, daí peguei e fui embora...mas daí ele não mexia mais...daí eu não tinha condições de fazer eco...daí nessa nenê [atual gestação]...que nem agora, eu fico mais atenta.

Rosângela expressou que a médica, em sua primeira gestação, falou para ela que deveria ter ganhado antes: “como eu era mãe de primeira viagem eu não sabia, e fui advertida: quando tu engravidar de novo tu já sabe, fica um pouco mais atenta. Até ela explicou pro Doutor X e ele falou pra mim que não é pra induzir o parto, alguma coisa... Daí eu vou ter que explicar né, a sorte que seja lançada!”. A entrevistada explicitou que sua via de parto fora definida pelo médico, em seu relato e entendimento, pelas circunstâncias da gestação anterior, e disse ainda:



“dai o médico falou que noventa por cento é cesariana, dai ele até marcou na minha caderneta: cesariana... Ele já deixou marcado para o pessoal saber, e mesmo assim a gente corre o risco delas ainda induzir o parto da gente”.

Este é um relato de grande força e marcação de poder por meio de um atestado de “verdade” sobre seu corpo. Com tantas dúvidas e inseguranças em relação à idade e ao seu próprio corpo, a entrevistada é “marcada” em um documento que confere grande importância à assistência da mulher e do bebê, como é a caderneta de gestante. Rosangela contou que não teve nenhuma complicação de saúde na gestação anterior e tampouco na atual, mas que a cesárea prévia – por ocasião do nascimento do seu primeiro filho, que ocorreu há onze anos – foi determinante para que o profissional que atualmente a assiste definisse a cesárea. O médico também a advertiu para que ela não permitisse que a equipe que fosse realizar a assistência no momento do parto fizesse qualquer alteração na via de parto eleita por ele.

Na narrativa da entrevistada transparece uma não-preocupação do médico pelo modo em que Rosangela subjetivou a experiência anterior de cesárea, nem a sua vivência da idade de trinta e dois anos, que ela a considerava “avançada” e inclusive relacionada a perda de desejo sexual: “a gente sente uma diferença, até assim, tudo que é relação, até no meu psicológico, a gente parece que fica mais, mais, como é que eu vou te explicar, tu não tem vontade de ter relação”.

Apresentaremos agora o caso de Jacira (entrevistada já mencionada na categoria anterior), que é bastante elucidativo do poder biomédico para “produzir” as cesáreas. Como já referimos, ela começou o atendimento na UBS do seu bairro, mas decidiu mudar de local porque a ginecologista estava de férias, então optou pela UBS no centro. Ela referiu ter se utilizado de tecnologias para engravidar, num relacionamento anterior, mas sem sucesso. No atual relacionamento engravidou e disse que sua família está muito feliz, mas que decidiu contar para todos somente depois da confirmação da gravidez, pelas pressões que sofreu quando estava no relacionamento anterior. Ela nos disse, sobre essa pressão:



Tinha, eu achava que tinha, porque assim ó, a partir do momento em que tu já, não é tão fácil pra algumas pessoas né, eu fiz tratamento, eu fiz indução de ovulação e tudo isso, mesmo eu fazendo tudo isso, as pessoas ficavam cobrando, cobrando, cobrando, né, então ai, sei lá, parecia que cada mês era mais frustrante ainda, sabe, não estar grávida, não só por mim...pra dar notícia pros outros.

Nota-se que a entrevistada tem uma longa relação de medicalização do seu corpo em relação ao seu desejo de engravidar. Em relação às questões do parto, disse que é orientada pela cunhada, que é profissional de enfermagem, assim como pelo seu marido, que é pai por um relacionamento anterior, além de muitas amigas e conclui: “então assim, é por decisão minha, eu prefiro cesárea, né, até porque eu tenho cirurgia na coluna, inclusive já fiz consulta com meu médico ortopedista, ele me aconselhou fazer cesárea até pra não fazer tanta força”. Mas, logo a seguir, a entrevistada relata:

Eu tenho quatro parafusos na coluna, então, além disso, tem a questão do medo né, a gente vê assim, pelo SUS, infelizmente, né, eu tenho uma espera muito grande pro bebê nascer naturalmente, não sei se pra não gastar, não sei qual o motivo exato, então assim, eu fico muito apreensiva em ter que esperar tanto tempo e prejudicar o bebê. Então hoje eu vou descobrir se eu consigo fazer minha cesárea pelo SUS ou vou ter que fazer particular... Porque eu já consegui o laudo com meu ortopedista, que daí foi o que ele me pediu [doutor X, que estava realizando o pré-natal], eu teria que ter o laudo de outro médico pra poder, porque eu simplesmente eu querer, pelo SUS, não funciona, né?

Vemos que a entrevistada precisava atestar com o ortopedista a necessidade de uma cesariana por sua condição de saúde para que ela fosse garantida pelo SUS. Só que o ortopedista orientou que o parto normal não afetaria sua coluna. Mas mesmo assim deu o laudo, em função do desejo expresso pela gestante:

Embora assim, já fui orientada que não, como é que vamos dizer, não influencia tanto [o parto normal], porque já está fixado o ponto onde eu fiz a cirurgia, porém, outros pontos podem, é bem normal quando a gente faz cirurgia, outras hérnias estourarem... Bem, a verdade é essa, então até por orientação do meu



ortopedista, ele me deixou bem calma em relação se fosse parto normal, né, só que eu não quero arriscar.

Observamos que, mais uma vez, o “risco” baliza as decisões médicas e permeia as subjetivações da gestante. Ainda, a entrevistada trouxe relato de outras mulheres, que aguardaram muitas horas para ganharem seus bebês:

[...] desumanização da coisa, de não ver tanto o bebê quanto a mãe... De muita espera... Eu tive uma situação da minha comadre, ela ficou mais de vinte horas aguardando... Não deu tempo de fazer o corte e ele era muito grande, não tinha abertura [fazendo alusão ao parto, que resultou em laceração da genitália de sua comadre]... Então são coisas que eu sei que num plano de saúde eles cuidam mais, né? Então isso é o meu medo.

Notamos uma construção da cesárea como “mais segura”, evitando todas as intercorrências que o parto normal poderia ter como riscos. Porém, não aparecem questionados, nem pela entrevistada nem pelos profissionais que a assistem, os riscos da própria cesárea. Notamos, na fala da Jacira, uma hierarquização das tecnologias médicas que ela aceitou incidindo no seu corpo, por elas se apresentarem de modo a dar maior segurança e “credibilidade” à condução para o tipo de parto (DAVIS-FLOYD, 1994).

Perguntamos a ela se soubesse que pelo SUS o parto normal fosse sempre bem conduzido, ela nos refere: “ai seria outra coisa, outra situação... onde tu pudesse na hora ver....tivesse certeza que está tudo bem com o nenê...que me acalmasse, isso sim, seria o melhor”. Ou seja, pressupõe-se que se tivesse garantidas as condições idealizadas por ela para ter um parto vaginal seguro, ela decidiria ter esse tipo de experiência. Reforça-se mais uma vez a falta de apoio profissional para realizar um parto vaginal.

Abordaremos um último caso, o da entrevistada Jenifer, de vinte e cinco anos, em sua segunda gestação, cuja apresentação foi realizada na categoria anterior. Cabe dizer que o marido dela estava junto na



entrevista, com uma participação ativa. Questionada sobre o planejamento de sua gravidez, ela relata:

[...] não, esse [filho] não, o outro foi.

Marido: não, foi sim, pra mim foi planejado. Eu não estava esperando, estava sonhando!

Jenifer: por ele até foi, por mim não.

Marido: bastante...

Jenifer: e eu desesperada!

Entrevistador: e o tipo de parto, tens ideia do que tu quer? Já foi indicado?

Jenifer: é, o primeiro eu queria parto normal né, dai, mas não, teve que ser uma cesárea de emergência, porque eu fiquei em trabalho de parto de quarta até sexta. Foi traumático, tanto é que eu não queria ter o segundo... E agora ele [médico] já disse que vai ter que ser uma cesárea. Eu quero uma cesárea, né, porque eu sei que não vou conseguir ter outro parto normal, não, quer dizer, nem tive, praticamente eu tive os dois, né. Ele [o médico] disse que não pode ser induzido de novo o meu parto, porque já foi, né, não teve evolução, no caso né, e ele disse que é muito difícil o segundo ter...

Interessante notar o “não desejo” de engravidar de novo de Jenifer, talvez isso provocando sentimentos de medo frente ao nascimento por vir. Ela engravidou por desejo do marido. Além do planejamento de engravidar feito pelo marido, a decisão de realizar uma cesárea foi induzida pelo médico ao inabilitar seu corpo para o parto normal (não “conseguiu” na primeira gestação, agora também não vai “conseguir”). Podemos pensar em regulações para além da figura masculina do médico especialista, que abarca também o marido, no seio de relações patriarcais nos processos de decisão sobre o corpo das mulheres.

Segundo o estudo *Nascer no Brasil*, 30% das mulheres que foram entrevistadas não desejaram a gravidez, sendo que essas situações apareceram associadas a uma menor cobertura do pré-natal (LEAL et al., 2015). Além disso, o estudo supracitado elucidou questões da saúde mental materna, tema que é pouco estudado no Brasil. Apresentaram-se números importantes de depressão em 26% das participantes, seja durante a gestação ou após o nascimento (LEAL et al., 2015).

Os números referentes às cesarianas, no Brasil, não são desconhecidos. Ao contrário, correspondem a uma taxa de 56%, sendo



que em hospitais privados essa taxa dispara para os 88%. Apesar de muitas mulheres referirem que a justificativa foi por terem tido cesárea anterior, em razão de complicações na gestação passada, ou mesmo que é somente “na hora que é definido”, o estudo Nascer no Brasil aduz que “não há justificativas clínicas” para tal número preocupante de cesáreas realizadas. Com uma estimativa de que, no país, quase um milhão de mulheres por ano são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, pode-se induzir que os ônus são altos tanto para as mulheres, que perdem a oportunidade de ser protagonistas do nascimento dos seus filhos, quanto para o sistema de saúde, já que aumentam os custos e investimentos financeiros (LEAL et al., 2015).

Denota-se, através das falas que circulam entre as incertezas sobre a via de parto e as certezas objetivadas por uma cesariana, uma “naturalização da prática intervencionista” sobre os corpos femininos. Essas práticas de naturalização incluem a propagação de uma “dialética discursiva da cesárea” (VIEIRA, 2002, p. 27). O dossiê “Parirás com dor” (CIELLO et al., 2012) aborda a utilização da cesárea por dissuasão, sendo que o profissional médico utiliza esse método para induzir as mulheres a acreditarem que determinada conduta será a melhor para elas.

Considerações Finais

O presente artigo objetivou analisar e, conseqüentemente, desnudar a existência de dispositivos de regulação sobre os corpos femininos, em especial das mulheres gestantes em assistência pré-natal em uma UBS, que são abarcados no conceito de poder obstétrico.

Embora as discussões de implementação de políticas públicas, desde os anos 1980, apontem à saúde da mulher no marco dos direitos sexuais e reprodutivos, e as ações de “humanização da assistência pré-natal e ao parto” se vejam contempladas nas diretrizes que guiam as políticas nesse campo, ao mostrar a mulher como “protagonista” das decisões e vivências reprodutivas, os resultados desse estudo demonstram situações de “injustiça epistêmica”, entraves e apagamentos realizados no cotidiano dos serviços.



A presença e reforço do lugar de poder do médico especialista para dar conta das “verdades” sobre os corpos grávidos e, em última instância, ser o profissional mais legitimado para controlar os “riscos” durante a gravidez e o parto, ao determinar a cesárea como via mais segura de nascimento, coloca desafios de como desconstruir modelos medicalizados de assistência. Ao mesmo tempo, perspectivas mais integrais de cuidado, que abarquem as subjetividades das mulheres e suas experiências complexas em relação à saúde e aos seus direitos sexuais e reprodutivos, se fazem necessárias para promover espaços emancipatórios.

Referências

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 28, n. 4, p.789-800, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000400018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018. Acesso em: 25 ago. 2019.

ARGUEDAS-RAMÍREZ, Gabriela. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio Sobre Centroamérica y El Caribe*, [s.l.], v. 11, n. 1, p.145-169, 11 abr. 2014. Universidad de Costa Rica. <http://dx.doi.org/10.15517/c.a..v11i1.14238>. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>. Acesso em: 15 nov. 2019.

ARGUEDAS-RAMÍREZ, Gabriela. Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Revista de Filosofía Iberoamericana*, [s.l.], v.12 n. 1, p.54-89, 2016. Disponível em: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/75204>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BARROS, Patrícia de Sá et al. Fetal mortality and the challenges for women’s health care in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 53, p.1-10, 30 jan. 2019. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518->



8787.2019053000714. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-12.pdf. Acesso
em: 30 ago. 2019.

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

BRASILA. Portaria 569 de 1 de junho de 2000. Ministério da Saúde. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prto569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 5 de mai.2019.

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

BROWNER, C. H.; PRESS, Nancy. The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care. *Medical Anthropology Quarterly*, [s.l.], v. 10, n. 2, p.141-156, jun. 1996. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00030>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8744081>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 15, n. 4, p.679-684, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000400017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072006000400017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

CESAR, Juraci A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 28, n. 11, p.2106-2114, nov. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012001100010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/10.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

CIELLO, Cariny et al. *Violência Obstétrica*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 2012. Disponível em:



<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine*, [s.l.], v. 38, n. 8, p.1125-1140, abr. 1994. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8042048>. Acesso em: 15 ago. 2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [s.l.], v. 37, n. 3, p.140-147, mar. 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/#ModalArticles>. Acesso em: 30. Ago. 2019.

EHRENREICH, Nancy. The colonization of the womb. *Duke Law Journal*, v. 43, n. 3, p.492-587, 1993. Disponível em: <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3237&context=dlj>. Acesso em: 15 nov. 2019.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: História e violência nas prisões*. Tradução de Ligia M. Pondé Vassallo. Editora Vozes, Petrópolis-RJ, 1987.

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

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. 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*, [s.l.], v. 16, n. 40, p.21-34, 26 abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832012005000020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003. Acesso em: 15 ago. 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 33, n. 1, p.1-17, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102->



311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2019.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [s.l.], v. 36, n. 2, p.56-64, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032014000200003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 nov. 2019.

MARTINS, Ana Paula V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 16, n. 40, p.107-120, 6 mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832012005000001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 ago. 2019.

ROBLES, Alfonsina Faya. Da gravidez de “risco” às maternidades de “risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências das mulheres de camadas populares de Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 25, n. 1, p.139-169, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000100009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100139. Acesso em: 10 abr. 2019.

ROBLES, Alfonsina Faya. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, [s.l.], v. 15, n. 2, p.190-213, 4 set. 2015. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17985>. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17985>. Acesso em: 10 abr. 2019.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Editora Fiocruz, RioCON de Janeiro, 2001. 453



SAAVEDRA, Janaina S et al. Prenatal care in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 53, p.1-8, 16 maio 2019. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000968>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102019000100235&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2019.

TSUNECHIRO, Maria Alice et al. Prenatal care assessment according to the Prenatal and Birth Humanization Program. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [s.l.], v. 18, n. 4, p.771-780, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000400006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000400771&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2019.

VETTORE, Marcelo Vianna et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [s.l.], v. 13, n. 2, p.89-100, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292013000200002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292013000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2019.

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

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 30, n. 1, p.S85-S100, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00126013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016. Acesso em: 10 abr. 2019.

WARMLING, Cristine Maria et al. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 34, n. 4, p.1-11, 29 mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00009917>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00009917.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2020.

“Que la Suerte Sea Lanzada”: Poder Obstétrico y Regulación de los Cuerpos Embarazados en una Unidad Básica de Salud de la Región Metropolitana en el sur de Brasil

RESUMEN: El artículo analiza la producción de relaciones de saber-poder en el contexto de la atención prenatal, al preguntar cómo se ejercen las diferentes formas de control sobre los cuerpos femeninos, en el entramado del poder obstétrico. A partir de un estudio cualitativo, realizado en una Unidad Básica de Salud (UBS) cuyo enfoque principal es la 'salud materno-infantil', ubicada en una ciudad de la región metropolitana del sur de Brasil, cuestionamos cuáles son los dispositivos de poder obstétrico activados durante la asistencia y cómo las subjetividades de las mujeres embarazadas están en relación con estos dispositivos. Analizamos la centralidad del médico especialista y la forma en que se ejerce un poder-saber que dociliza los cuerpos de las embarazadas y produce cesáreas como la principal vía de nacimiento. Aunque las discusiones sobre la implementación de políticas públicas, desde la década de 1980, apuntan a la salud de la mujer en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, y las acciones de "humanización de la atención prenatal y el parto" están contempladas en las directrices que guían políticas en este campo al mostrar a las mujeres como "protagonistas" de las decisiones y experiencias reproductivas, los resultados de este estudio demuestran situaciones de "injusticia epistémica" en la rutina diaria de los servicios.

PALABRAS CLAVE: Atención Prenatal. Poder Obstétrico. Regulación De Los Cuerpos.

Paulo Ricardo Favarin GOMES

Mestre em Saúde Coletiva - Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos. Responsável Técnico pela Central de Materiais e Esterilização da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo. Enfermeiro graduado pela Universidade FEEVALE.

e-mail: paulofavarin@gmail.com

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4273-4320>

Roniele Costa SARGES

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2014). Especializada em Fisioterapia Pélvica- Uroginecologia Funcional pela Faculdade Inspirar (2019). Fisioterapeuta graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2012).

e-mail: roniele_sarges@yahoo.com.br

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4273-4320>

Laura Cecilia LÓPEZ

*Professora dos PPGs em Saúde Coletiva e em Ciências Sociais da Unisinos.
Doutora em Antropologia Social pela UFRGS. Realizou estágio pós-doutoral na
Faculdade Nacional de Saúde Pública da Universidad de Antioquia (Colômbia).*

E-mail: lauracl@unisinos.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2454-063X>

Recebido em: 06/03/2020

Aprovado em: 09/03/2022