HEITOR SILVA BIONDI

GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO: modulações na parturição na perspectiva de profissionais da assistência obstétrica

RIO GRANDE
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DOUTORADO EM ENFERMAGEM

GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO: modulações na parturição na perspectiva de profissionais da assistência obstétrica

HEITOR SILVA BIONDI

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito final para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem

RIO GRANDE
2022

Ficha Catalográfica

B615g Biondi, Heitor Silva.
Governamentalidade do parto: modulações na parturição na perspectiva de profissionais da assistência obstétrica / Heitor Silva Biondi. – 2022.
346 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2022.
Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

1. Enfermagem 2. Comportamentos Relacionados com a Saúde 3. Parto 4. Governo 5. Política de Saúde I. Barlem, Edison Luiz Devos II. Título.

CDU 618.4

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

FOLHA DE APROVAÇÃO

HEITOR SILVA BIONDI

GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO: modulações na parturição na perspectiva de profissionais da assistência obstétrica

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação em 23 de dezembro de 2022 e aprovada por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dr(a). Marta Regina Cezar-Vaz
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - Efetivo

Profa. Dr(a). Marilu Correa Soares
Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) - Efetivo

Prof. Dr(a). Fabiane Ferreira Francioni
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - Efetivo

Profa. Dr(a). Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - Suplente interno

Prof. Dr(a). Graziele de Lima Dalmolin
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Suplente externo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi aprovada para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, atendendo às normas da legislação vigente do PPGEnf/FURG.

gov.br
Documento assinado digitalmente
JAMILA GERI TOMASCHEWSKI BARLEM
Data: 27/04/2023 21:22:23-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

gov.br
Documento assinado digitalmente
EDISON LUIZ DEVOS BARLEM
Data: 27/04/2023 21:32:09-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem
Orientador

RIO GRANDE

2022

Dedico este trabalho à Berenice Romeu (*in memoriam*),
mulher, enfermeira, amiga, esposa, mãe e pesquisadora, que
tanto contribuiu para minha formação como enfermeiro crítico reflexivo.

RESUMO

BIONDI, Heitor Silva. **GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO: modulações na parturição na perspectiva de profissionais da assistência obstétrica.** 2022. 350 páginas. Tese de doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, FURG, Rio Grande/RS.

As maneiras como assistência ao parto são desenvolvidas advém da construção histórica dos saberes e verdades, que constituem em uma intelecção das práticas envoltas na parturição, configurando-se em racionalidades. Por estarem difundidas e introjetadas no corpo social, as racionalidades passaram a prescrever condutas e regular comportamentos, por meio do acionamento de instituições, procedimentos, táticas, estratégias, análises, reflexões e cálculos que, articuladamente, engendrando uma governamentalidade do parto. Partindo desta compreensão, este estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, tem como objetivo de analisar como a governamentalidade engendrada por racionalidades modula a parturição através do governamento dos sujeitos. Possuindo como referencial teórico-analítico as teorizações sobre a governamentalidade, teve como cenário investigativo o Centro Obstétrico de um Hospital Universitário no sul do Brasil. Participaram 24 profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência ao parto, sendo 10 enfermeiras(os), e 14 médicas(os). A produção dos dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, realizadas durante o mês de julho de 2022, sendo as falas analisadas por meio das ferramentas analíticas da governamentalidade. Os aspectos éticos concernentes às pesquisas foram respeitados durante seu desenvolvimento. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrado sob o número 5.492.379, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), número 58273022.6.0000.5324. Por meio do processo analítico foram constituídos três artigos. O primeiro artigo revela que muitos dos saberes e verdades relativos à gênese e consolidação da ciência obstétrica permanecem sedimentados nas práticas assistenciais, demonstrando-se como racionalidade, que é antagonizada por outras racionalidades, em um contraste discursivo da ciência contemporânea, frente a outros conhecimentos e ações que sustentam práticas considerados parcial ou totalmente obsoletos. Este constructo está associado a formação profissional e a composição de um ambiente de trabalho que fomenta, de modo insidioso, uma compreensão patologizada das vivencias singulares do parto, elencando a medicalização como uma necessidade. O segundo artigo demonstra que o governamento das condutas das mulheres tem início já no pré-natal, através de estratégias que visam a subjetivação, efetivadas por um crescente pedagógico voltado a assegurar a internalização de certas verdades, e a disciplinamento das mentes e dos corpos, e são somadas a outras estratégias, como a busca ativa de mulheres que não iniciam ou abandonam o pré-natal, a criação de grupos de gestantes e o entrelaçamento das estratégias governamentais de gestão da vida e da sociedade, que permitem a captura e vigilância efetivas, por articular distintos vetores de força sociais e institucionais, através de discursos que versam acerca das dimensões da segurança, da insegurança, e do risco. Este conjunto visa a docilidade diante das práticas de disciplinamento, bem como, o estabelecimento de um governo de si que efetive a autorregulação dentro dos

moldes estabelecidos pelos profissionais, incluindo o afastamento de condutas anormais e desviantes. Já o terceiro artigo aborda a centralidade das estratégias maquinadas em meio a sociedade para a obtenção de condutas subjetivadas das parturientes, em que desponta a funcionalidade governamental das relações de poder que ocorrem em distintos contextos e com diferentes indivíduos, com destaque aos familiares e a malha social, viabilizando ações de vigilância e controle dos comportamentos femininos, por meio de práticas pedagógicas, que tem seu conteúdo manifestado posteriormente nos direcionamentos do governo de si. Além disso, destacou-se a positividade do noopoder, a valorização das práticas de medicalização do corpo em contraste com as ações humanizadas, e o respeito a autonomia da mulher, sendo esta resultante da subjetivação anterior a verdades e discursos que ganham espaço em sua fala durante o parto, e a fazem adentrar as engrenagens da condução das condutas dos profissionais. Não somente, foram elencadas novas práticas que incidem na condução das condutas, como os planos de parto; a ampliação progressiva da atuação do enfermeiro obstetra e das doulas; a maior exposição dos eventos singulares da parturição em diferentes mídias e a do aprimoramento tecnológico voltado à gestação e ao parto. Concluiu-se que a assistência ao parto está concatenada a duas racionalidades distintas que modulam a assistência, tendo a atuação profissional papel central nos processos na viabilização de estratégias de governamento. A circulação de discursos acerca do parto em meio da malha social, torna a população instrumento da governamentalidade do parto. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que possam contribuir para o estabelecimento de estratégias propagar e fomentar em meio a sociedade, práticas discursivas e performáticas alinhadas com as políticas públicas e com a medicina baseada em evidências, sedimentando a racionalidade humanizadora do parto no fazer e na formação dos profissionais de saúde, em detrimento da racionalidade intervencionista.

Descritores: Enfermagem; Comportamentos Relacionados com a Saúde; Parto; Governo; Política de Saúde

RESUMÉ

BIONDI, Heitor Silva. **GUBERNAMENTALIDAD DEL PARTO: modulaciones en el parto desde la perspectiva de los profesionales de la atención obstétrica.** 2022. 350 páginas. Tesis de Doctorado (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, FURG, Rio Grande/RS.

Los modos en que se desarrolla la asistencia al parto provienen de la construcción histórica de saberes y verdades, que constituyen una intelección de prácticas involucradas en el parto, configurándose en racionalidades. Por generalizarse e introyectarse en el cuerpo social, las racionalidades pasaron a prescribir comportamientos y regular comportamientos, a través de la activación de instituciones, procedimientos, tácticas, estrategias, análisis, reflexiones y cálculos que, articuladamente, engendraron una gubernamentalidad de parto. A partir de esa comprensión, este estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo tiene como objetivo analizar cómo la gubernamentalidad engendrada por las racionalidades modula el parto a través del gobierno de los sujetos. Teniendo como referente teórico-analítico las teorizaciones sobre la gubernamentalidad, tuvo como escenario de investigación el Centro Obstétrico de un Hospital Universitario del Sur de Brasil. Participaron 24 profesionales de la salud que actúan directamente en la atención del parto, 10 enfermeras y 14 médicos. La producción de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, realizadas durante el mes de julio de 2022, y los discursos fueron analizados utilizando las herramientas analíticas de gubernamentalidad. Los aspectos éticos concernientes a la investigación fueron respetados durante su desarrollo. El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación, registrado bajo el número 5.492.379, y Certificado de Presentación de Apreciación Ética (CAAE), número 58273022.6.0000.5324. A través del proceso analítico, se constituyeron tres artículos. El primer artículo revela que muchos de los saberes y verdades relacionados con la génesis y consolidación de la ciencia obstétrica quedan sedimentados en las prácticas asistenciales, manifestándose como racionalidad, que es antagonizada por otras racionalidades, en un contraste discursivo de la ciencia contemporánea, frente a otros saberes y acciones que sustentan prácticas consideradas parcial o totalmente obsoletas. Este constructo está asociado a la formación profesional y a la composición de un ambiente de trabajo que fomenta insidiosamente una comprensión patologizada de las experiencias únicas del parto, catalogando la medicalización como una necesidad. El segundo artículo demuestra que la gobernanza de la conducta de las mujeres ya comienza en el prenatal, a través de estrategias dirigidas a la subjetivación, realizadas por una pedagogía creciente dirigida a asegurar la interiorización de ciertas verdades, y el disciplinamiento de mentes y cuerpos, y se suman a otras estratégicas, como la búsqueda activa de mujeres que no inician o abandonan el control prenatal, la creación de grupos de gestantes y el entrecruzamiento de estrategias gubernamentales de gestión de vida y sociedad, que permitan una efectiva captación y vigilancia, al articular diferentes vectores de y fortaleza institucional, a través de discursos que aborden las dimensiones de seguridad, inseguridad y riesgo. Este conjunto tiene como objetivo la docilidad frente a las prácticas disciplinarias, así como el establecimiento de un autogobierno que implemente la autorregulación en el marco establecido por los profesionales, incluida la

eliminación de conductas anormales y desviadas. El tercer artículo discute la centralidad de las estrategias ideadas en la sociedad para obtener comportamientos subjetivos de las parturientas, en la que emerge la funcionalidad gubernamental de las relaciones de poder que se dan en diferentes contextos y con diferentes individuos, con énfasis en los miembros de la familia y la red social, posibilitando acciones de vigilancia y control del comportamiento femenino, a través de prácticas pedagógicas, que tienen su contenido manifestado posteriormente en las directivas de autogobierno. Además, se destacó la positividad del noopower, la valoración de las prácticas de medicalización del cuerpo frente a las acciones humanizadas, y el respeto a la autonomía de la mujer, que es fruto de la subjetivación previa a verdades y discursos que ganan espacio en su discurso durante el parto. , y hacerlo entrar en los engranajes de la conducción de la conducta de los profesionales. No solo, se enumeraron nuevas prácticas que afectan la conducta conductual, como los planes de nacimiento; la progresiva ampliación del papel de las enfermeras y doulas obstétricas; mayor exposición de eventos singulares del parto en diferentes medios y mejora tecnológica dirigida al embarazo y parto. Se concluyó que la atención al parto está ligada a dos lógicas distintas que modulan la atención, teniendo la actuación profesional un papel central en los procesos de viabilidad de las estrategias de gobierno. La circulación de discursos sobre el parto en medio del tejido social hace de la población un instrumento de la gubernamentalidad del parto. Se sugiere el desarrollo de nuevos estudios que puedan contribuir al establecimiento de estrategias para propagar y promover en el medio de la sociedad prácticas discursivas y performativas alineadas con las políticas públicas y con la medicina basada en evidencias, sedimentando la racionalidad humanizadora del parto en el hacer. y en la formación de profesionales de la salud, en detrimento de la racionalidad intervencionista.

Descriptores: Enfermería; Conductas Relacionadas con la Salud; Parto; Gobierno; Política de Salud

ABSTRACT

BIONDI, Heitor Silva. **GOVERNMENTALITY OF BIRTH: modulations in parturition from the perspective of obstetric care professionals.** 2022. 350 pages. Doctoral Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing. Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, FURG, Rio Grande/RS.

The ways in which childbirth assistance is developed comes from the historical construction of knowledge and truths, which constitute an intellection of practices involved in parturition, configuring themselves in rationalities. Because they were widespread and introjected into the social body, rationalities began to prescribe behaviors and regulate behaviors, through the activation of institutions, procedures, tactics, strategies, analyses, reflections and calculations that, articulately, engendering a governmentality of childbirth. Based on this understanding, this qualitative, exploratory and descriptive study aims to analyze how the governmentality engendered by rationalities modulates parturition through the governance of subjects. Having as a theoretical-analytical reference the theorizations about governmentality, it had as an investigative scenario the Obstetric Center of a University Hospital in the south of Brazil. Participants were 24 health professionals who work directly in childbirth care, 10 nurses and 14 physicians. Data production took place through semi-structured interviews, carried out during the month of July 2022, and the speeches were analyzed using the analytical tools of governmentality. The ethical aspects concerning the research were respected during its development. The study was evaluated and approved by the Research Ethics Committee, registered under number 5.492.379, and Certificate of Presentation of Ethical Appreciation (CAAE), number 58273022.6.0000.5324. Through the analytical process, three articles were constituted. The first article reveals that many of the knowledge and truths related to the genesis and consolidation of obstetric science remain sedimented in care practices, demonstrating itself as rationality, which is antagonized by other rationalities, in a discursive contrast of contemporary science, compared to other knowledge and actions that sustain practices considered partially or totally obsolete. This construct is associated with professional training and the composition of a work environment that insidiously fosters a pathologized understanding of the unique experiences of childbirth, listing medicalization as a necessity. The second article demonstrates that the governance of women's conduct already begins in prenatal care, through strategies aimed at subjectivation, carried out by a growing pedagogy aimed at ensuring the internalization of certain truths, and the disciplining of minds and bodies, and are added to other strategies, such as the active search for women who do not initiate or abandon prenatal care, the creation of groups of pregnant women and the interweaving of government strategies for managing life and society, which allow effective capture and surveillance , by articulating different vectors of social and institutional strength, through discourses that deal with the dimensions of security, insecurity, and risk. This set aims at docility in the face of disciplining practices, as well as the establishment of a self-government that implements self-regulation within the framework established by professionals, including the removal of abnormal and deviant conduct. The third article discusses the centrality of strategies devised in society to obtain subjective behaviors of parturients, in which the governmental functionality of power relations that occur in different contexts

and with different individuals emerges, with emphasis on family members and the network. social, enabling actions of surveillance and control of female behavior, through pedagogical practices, which have their content manifested later in the directives of self-government. In addition, the positivity of noopower was highlighted, the valuation of medicalization practices of the body in contrast to humanized actions, and the respect for women's autonomy, which is the result of subjectivation prior to truths and discourses that gain space in their speech during childbirth, and make it enter the gears of conducting the conduct of professionals. Not only, new practices were listed that affect conduct conduct, such as birth plans; the progressive expansion of the role of obstetric nurses and doulas; greater exposure of unique events of parturition in different media and technological improvement aimed at pregnancy and childbirth. It was concluded that childbirth care is linked to two distinct rationales that modulate care, with professional performance having a central role in the processes in the viability of government strategies. The circulation of speeches about childbirth in the midst of the social fabric makes the population an instrument of the governmentality of childbirth. It is suggested the development of new studies that can contribute to the establishment of strategies to propagate and promote in the midst of society, discursive and performative practices aligned with public policies and with evidence-based medicine, sedimenting the humanizing rationality of childbirth in the doing and in the training of health professionals, to the detriment of interventionist rationality.

Keywords: Nursing; Health Behavior; Parturition; Government; Health Policy

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 010

2 INTRODUÇÃO 015

3 OBJETIVOS 024

3.1 OBJETIVO GERAL 024

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 025

4 FERRAMENTAS E TEORIZAÇÕES 026

4.1 APRESENTAÇÃO 026

4.2 TEORIZAÇÕES FOUCAULTIANAS: As primeiras ferramentas escolhidas 027

4.2.1 Governamentalidade, Racionalidade, Dispositivo e Governamento: Ferramentas e Maquinaria 031

4.2.2 Poder como Ferramenta e as Ferramentas do Poder 040

4.2.3 Objetivação, Subjetivação e Assujeitamento: A maquinaria para produção de sujeitos governáveis 049

4.2.4 Liberdade e resistência: ferramentas essenciais 055

4.2.5 Biopoder e Governamentalidade: ferramentas para a gestão da vida 059

4.2.5.1 Os poderes individualizantes e totalizantes projetados sobre os corpos 064

4.2.5.1.1 *O Poder Pastoral* 065

4.2.5.1.2 Poder Disciplinar e a anatomo-política 068

4.2.5.1.3 A Biopolítica 073

4.2.5.1.4 O Noopoder 077

4.2.5.2 As métricas individuais e coletivas para o exercício do governamento 082

4.3 A HISTORIOGRAFIA DA PARTURIÇÃO ENQUANTO HISTORICIDADE DAS RACIONALIDADES POLÍTICAS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO 086
4.3.1 Do “parirás” ao “parirás com dor” 088
4.3.2 Útero: o divino e o profano 094
4.3.3 Do feminino ao masculino, da bruxa ao médico 100
4.3.4 Partejar: a nova arte do universo masculino 107
4.3.5 Nasce a Obstetrícia: masculina, científica e medicalizadora 113
4.3.6 O parto medicalizado: uma realidade (in)salubre 127
4.3.7 Modernizar é Medicalizar 138
4.3.8 Feminismo e o advento de uma nova Racionalidade 144
4.3.9 Do intervencionismo como violência à humanização como ciência 151
4.3.10 Humanização, racionalidade e política pública 156
4.4 AS RACIONALIDADES POLÍTICAS E SUA INTERFACE COM A ASSISTÊNCIA AO PARTO: DISCURSOS E OUTRAS MAQUINARIAS 168
4.4.1 O Modelo Tecnocrático de assistência ao parto 172
4.4.2 O Modelo Humanizado de assistência ao parto 182
4.4.3 Para além dos modelos de assistência ao parto: outras influências na condução das condutas 192
5 METODOLOGIA – OU, UM CAMINHO A SER PERCORRIDO 197
5.1 TIPO DE ESTUDO – ou, abordando o contexto a ser investigado 199

5.2 LOCAL DO ESTUDO – ou, território em que estão os sujeitos-população 199
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO – ou, sujeitos que falam 201
5.4 PRODUÇÃO DOS DADOS – ou, a busca pelas falas dos sujeitos 202
5.5 ANÁLISE DOS DADOS – ou, da governamentalidade presente nas falas 204
5.6 ASPECTOS ÉTICOS 207
6 RESULTADOS 210
6.1 ARTIGO 1 210
6.2 ARTIGO 2 232
6.3 ARTIGO 3 254
7 CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS 285
REFERÊNCIAS 290
APÊNDICE A 318
APÊNDICE B 321
ANEXO 1 335
ANEXO 2 336

1 APRESENTAÇÃO

Tudo fora de controle, e o controle da TV me controlando
E eu que então pensava que me controlava, estava ali descontrolando
Tudo fora de controle e o ponteiro do relógio te marcando
Se quiser não mude a falta de atitude, seguirá te acompanhando
E se parasse um pouco, não perderia nada
E ajudaria a cabeça sempre alienada
...
Tianastácia. Fora de Controle.

Dedico este espaço para contextualizar quem vos fala nesta tese. Porém, contrariando meu pensamento inicial, escrever estas palavras não foi um exercício fácil. Logo, a exemplo de todos os capítulos desta tese, optei por apoiar-me na poética reflexiva da música brasileira para iniciar minhas enunciações.

Como versa Tianastácia, de algum modo não tão claro e óbvio, há algo que nos aliena e controla. Algo intenso, poderoso, sutil e despercebido, que controla até nosso ato de descontrole. E quando o descontrole passa, fica para trás apenas o tempo perdido, pois o controle segue. Ele não para de nos controlar. E como haveria de não controlar o autor desta tese e toda sua historicidade?!?!

E é assim que inicio essa apresentação. Consciente de ser apenas mais uma peça das engrenagens de controle da sociedade. E sabendo disso, me pego receoso – e resignado – ao descrever apenas mais uma sequência de fatos e causalidades que me produziram indivíduo controlado pelas engrenagens que, por muito tempo, não tive consciência da existência. Entretanto, me parece adequado e coerente iniciar minha apresentação descrevendo esta fase de desconhecimento da existência de controles muito mais fortes e funcionais do que eu poderia supor.

Nasci em um município do interior do Rio Grande do Sul, Camaquã. Cidade pequena, com pouco mais de 60 mil habitantes, formada por colonizadores de origem portuguesa, polonesa e alemã, onde há o predomínio de indivíduos brancos, que professam a fé cristã de vertente católica, luterana, neopentecostal e espírita Kardecista. Em outras palavras, me constituí como

sujeito em meio ao colonialismo e colonialidade de uma moralidade – ou moralismo – repleto de regras e normas rígidas, conservadoras, heteronormativas, patriarcais e arianas. De família pequena e filho único, sempre encontrei na socialização com outras crianças, que brincavam na praça em frente à minha casa, acalento para o meu desejo por ter irmãos. A facilidade de socializar veio dos meus pais, uma professora e um comerciante, que sempre foram entusiastas do meu crescimento intelectual, em todas as fases da minha vida.

No final da adolescência, após os devaneios típicos de um vestibulando indeciso, obtive aprovação no vestibular de enfermagem – mais uma etapa fomentada por meus pais – e, para cursar a faculdade, me mudei para Rio Grande\RS, no ano de 2007. Rio Grande era, para mim, uma cidade grande, não somente por seu tamanho, quando comparado ao meu município de origem, mas pela diversidade e heterogeneidade social, étnica, religiosa e econômica, com uma formatação bem distinta da cidade que eu vivia anteriormente. Em Rio Grande, imergi na experiência mais transformadora da minha vida: cursar enfermagem, na Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Quanto amor e gratidão eu carrego por todos aqueles que me ensinaram o que é ser enfermeiro, exercendo um cuidar dignificante, desde o nascer até o morrer. De tantas possibilidades apaixonantes no fazer da enfermagem, as que envolviam o nascimento e os cuidados materno-infantis ganharam grande espaço em meu coração. E, assim, começa a trajetória que culmina nesta tese.

Havia uma misticidade. Um encantamento na extrema alegria que a vivência de um parto bem-sucedido podia trazer para todos os que estavam ali, o que inclui a parturiente, seu acompanhante e cada membro da equipe multiprofissional. Era um êxtase. Mas havia o extremo oposto, em que tudo era negativo, por circunstância fisiopatológicas, ou desdobramentos da vulnerabilidade social; e, um intermediário assustador, que começava bem-sucedido e terminava de modo traumatizante. O “intermediário” ocorria quando surgiam palavras ríspidas em um momento em que tudo estava bem, comportamentos agressivos sem nenhum fundamento, e condutas cruéis que beiravam a tortura física ou psicológica, que emergiam sem motivo. Era aflitivo e consternante. Entretanto, nem todos eram passivos diante destes atos. Havia um agir por parte dos aflitos e consternados que não toleravam, tão pouco,

admitiam tais práticas. Assim, pude perceber que alguns elementos viabilizam certos controles sobre a vida – mas somente agora consigo enxergar como engendramentos do poder-saber.

Neste interim, me aliei àqueles que dedicavam esforços para impedir a ocorrência do que a Organização Mundial da Saúde denominava de “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência ao parto” (OMS, 1996, p. 37). É neste momento que passo a integrar o Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem - FURG, na época coordenado pela Profª Drª Enfª. Nalú Kerber.

De imediato, me vinculo em três projetos de extensão: “Visita Domiciliária em Puerpério Imediato”, “Planejamento Familiar”, e “Cuidados da Mulher e do Bebê no Puerpério” (projeto de extensão que atualmente coordeno). E, aos poucos, passei a me aproximar das pesquisas realizadas pelo Grupo, que me permitiu compreender a importância basilar do desenvolvimento científico para o combate daquilo que, frente ao parto, me deixava aflito e consternado: a violência obstétrica.

Dos frutos advindos por este encanto pelos cuidados materno-infantis, fui agraciado pela oportunidade de fazer um semestre da faculdade na Universidade de Aveiro, em Portugal. Inserido nas disciplinas voltadas aos cuidados do ciclo gravídico-puerperal e infantojuvenil, vislumbrei características sociais que se revelavam em uma prática assistencial extremamente técnico- procedimentista, despersonalizada e pouco acolhedora, mas que, de maneira alguma, admitia palavras ríspidas, comportamentos agressivos ou condutas cruéis. Nesta dualidade transcontinental, por quais motivos o país colonizado se tornou tão diferente – e tão pior – na forma de prestar assistência ao parto, em relação ao seu país colonizador?!?! Foi decepcionante, intrigante e provocativo. Porém, eu ainda não tinha a maturidade para entender o que de imaterial, que está em todos, mas em ninguém em específico, que fazia tal realidade ser como era. Afinal, o que produzia e controlava essa realidade? Essa dúvida, que surgiu há mais de 10 anos, tornou-se um estímulo para esta tese.

Em 2012, concluí a faculdade, e comecei a atuar em uma das tantas “Santas Casas” deste país. E por mais que tenha sido manifestada minha afinidade pela área materno-infantil, me tornei enfermeiro de clínica médica, o que rapidamente se tornou uma paixão. Um ano depois, retornei ao Hospital

Universitário (HU) da FURG, agora como enfermeiro, dando continuidade na atuação em clínica médica. Entretanto, os cuidados materno-infantis seguiam me encantando.

No ano de 2014, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, para a realização do mestrado. Sob orientação da Profª. Drª. Enfª. Eliana Cardia de Pinho, me debrucei sobre a dimensão da assistência ao nascimento, buscando conhecer as inter-relações existentes entre a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, e as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades. No ano seguinte, fui lotado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do mesmo hospital. E foi por meio do olhar conjunto de quem pesquisa e cuida, de quem aprimora o olhar investigativo sobre as ocorrências da sala de parto, associado ao olhar de quem presta a assistência aos recém-nascidos, prematuros ou não, que trazem consigo as consequências dos eventos da sala de parto, que certos aspectos foram se descortinando. Tornou-se visível a existência de múltiplos fatores que produziam cada contexto em específico. Havia conhecimento, historicidade, domínio, hegemonia, persuasão, convencimento, passividade, resistência, poder. Um grande emaranhado que mais parecia um labirinto de inúmeras possibilidades – muitas delas aprofundadas nesta tese.

Sustentada a dissertação em março de 2016, voltei meu olhar ao mundo do trabalho. Havia um novo desafio: liderar a equipe de enfermagem para a abertura da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, do HU-FURG. Um sonho desta região, deste Município, desta Universidade, deste Hospital, e todas as pessoas que os fazem existir. E, por mais que a ênfase assistencial fosse infantojuvenil, era um local totalmente caracterizado pelo cuidado materno-infantil e familiar. O tempo mostrou o quanto a dimensão sociofamiliar e econômica, especialmente as vivenciadas pelos progenitores das crianças, eram preponderantes às causas de internação, reinternação e prognóstico. Não me bastava perceber a existência de múltiplos fatores que produziam cada contexto em específico, sem compreendê-los com o aprofundamento necessário para contribuir verdadeiramente com a transformação dos seus desfechos. Minha atuação profissional me exigia buscar por mais respostas. Todavia, foi só em

2018 que tive coragem de submergir na aventura desta busca, momento este que o doutorado se tornou uma necessidade intelectual e emocional.

Contudo, agora, havia um novo desafio. Naquele momento, o grupo de Pesquisa Viver Mulher não possuía nenhum possível orientador de doutorado. Em outras palavras, me restavam duas opções: mudar completamente o objeto de pesquisa no qual eu já estava vinculado há anos; ou encontrar um possível orientador que topasse conciliar sua linha de pesquisa, com a dimensão do ciclo gradívico-puerperal. Mas a vida me reservava uma grata surpresa. O Prof. Dr. Enf. Edison Luiz Devos Barlem, que havia sido membro da minha banca de mestrado, não só topou a empreitada, como também me reapresentou, de uma forma linda e instigante, a obra de Michel Foucault e toda sua potência para responder os anseios que eu trazia – e onde encontrei respostas para os anseios que ainda haviam de vir.

Foi uma paixão avassaladora. Ali, diante dos meus olhos, estavam as teorizações geniais de Michel Foucault, que não se limitaram na compreensão dos meus questionamentos acadêmicos – e jamais haveria de ser só isso. Foi a base de uma transformação profissional e pessoal. Modificou a forma como eu enxergo a vida, a sociedade, as iniquidades e a minha constituição como sujeito. Para além, permitiu compreender que todos estes elementos e dimensões são produto e produtor dos mecanismos intensos, poderosos, sutis e despercebidos que controlam a vida.

E, assim, voltamos aos versos de Tianastácia, “e eu que então pensava que me controlava”, agora compreendo que sou apenas mais peça das engrenagens da sociedade do controle[1]. E, tendo esta consciência, me aprofundo em uma das tantas dimensões controladas da vida humana, o parto, trazendo comigo toda a historicidade de alguém que acredita ser possível propagar a alegria contagiante da vivência de um parto bem-sucedido.

[1] Para Sociedade do Controle, vide: DELEUZE, G. Conversações 1972-1990. Ed. 34. Rio de Janeiro. 1992.

2 INTRODUÇÃO

Pane no sistema, alguém me desconfigurou, aonde estão meus olhos de robô?
Eu não sabia, eu não tinha percebido. Eu sempre achei que era vivo
Parafuso e fluido em lugar de articulação, até achava que aqui batia um coração
Nada é orgânico, é tudo programado, e eu achando que tinha me libertado
Mas lá vêm eles novamente, eu sei o que vão fazer: reinstalar o sistema
...

Pitty. Admirável Chip Novo.

Falar sobre o parto, é falar sobre um universo multifacetado. Pode-se falar o útero, da contração, do romper dos âmnios, do alargamento da pelve, da produção de ocitocina, dos lóquios. Pode-se se falar sobre a preocupação com a saúde do bebê, do medo de parir, da escolha pela cesárea eletiva, do desconforto a cada contração, da exaustão mental ao término do parto, dos traumas da violência obstétrica. Pode-se falar do partograma, dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, da alternância de posições, da meditação, das massagens e até da dança. Pode-se falar da atuação das doulas, da positividade das enfermeiras e enfermeiros obstetras, da hegemonia médica. Pode-se falar dos benefícios do acompanhante, do apoio emocional, da presença que transmite segurança, dos olhos nos olhos, das mãos entrelaçadas. Pode-se falar do desejo de segurar o filho nos braços, da decisão de não conhecer a criança, do luto pelo filho imperfeito, do desespero pelo filho que morre. Enfim, um universo multifacetado do qual podemos falar. Mas além do fato de todos estes temas estarem relacionados ao parto, o que eles têm em comum? Todos estes temas – assim como tudo na vida - está intelectualmente concatenado a um sistema de normas, regras, prescrições, descrições, opiniões, saberes,verdades, práticas e condutas social e moralmente incorporadas, e paulatinamente reinstaladas nos seres sociais.

Pode-se pensar que os indivíduos que gozam da liberdade civil, não estão socialmente presos a nada. Ledo engano. A atenção, o pensamento, a criatividade, a consciência, a memória, a razão e o intelecto estão sempre presos a um conjunto de verdades que antecedem, transpassam e produzem os indivíduos enquanto seres sociais. Como versa a cantora Pitty, apresentada nesta epígrafe, tudo que parece orgânico, natural e genuíno é, na verdade, programado. E assim é o parto, e tudo que se pensa sobre ele. E mesmo quando

as resistências permitem desconfigurar o que parece posto, os indivíduos são engolidos por outros conjuntos de sistemas que eles ajudaram a produzir, ao mesmo tempo que eles próprios são produtos nestes sistemas.

Mas se os indivíduos estão ininterruptamente e inevitavelmente presos a sistemas normativos que ensinam a compreender cada um dos elementos da vida da maneira como são compreendidos, como é possível ver algo novo no parto, possuindo “olhos de robô”? Se os olhos estão programados para ver o que é permitido, por que não projetar o olhar para os sistemas sociais que dão esta permissão? Por que não projetar o olhar para os sistemas sociais que fazem enxergar o parto como ele é enxergado? Eis a centralidade desta tese: olhar analiticamente os sistemas que produzem o parto da forma como ele é compreendido, através das enunciações de profissionais de saúde que prestam assistência ao parto. Mas para isso é necessário conhecer o que está posto sobre o parto – ou o que o sistema permite conhecer até o momento.

Ao longo da história da humanidade a parturição sempre foi considerada um evento relevante socialmente. Mesmo nas primeiras civilizações, o parto representava mais do que um evento biológico de perpetuação da espécie, mas sim, um acontecimento transformador do papel social da mulher, da dinâmica familiar e das interações sociais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019).

Os períodos históricos que caracterizaram significativas modificações nas relações da humanidade com os fenômenos de saúde-doença imputaram, concomitantemente, na reformulação dos modos como a parturição era compreendida e conduzida (AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018). Entretanto, foi ao longo dos séculos XVIII e XIX internacionalmente, e no Brasil entre o século XIX e início do século XX, que a assistência ao parto se transformou radicalmente pela primeira vez, sendo gradativamente instaurada nos ambientes hospitalares, sob a responsabilidade da nova medicina que acabara de nascer. Inicia-se então a construção de uma série de saberes acerca da parturição, advindos do esquadrinhamento e objetivação, estandardizando métodos diagnósticos que levaram a elaboração de procedimentos corretivos, originando protocolos institucionais para o disciplinamento e aprimoramento do corpo que pari (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

O conhecimento que foi se constituindo neste período, ao qual se atribuía o status de verdade[2] (FOUCAULT, 2008a), trouxe-se à medicina da parturição o controle e a gestão sobre os corpos, concatenando a concepção de uma nova ciência: a ginecologia e obstetrícia (NUNES, 1995). Esse inovador arcabouço de saberes científicos outorgou aos que o dele tinham posse – os médicos – uma autoridade institucional, que aos poucos foi legitimada moral e socialmente (SERRA; BATALHA, 2019).

O desenvolvimento da ginecologia e obstetrícia ocorreu num momento histórico de grande preocupação com os comportamentos femininos e com sua prole, direcionando o desenvolvimento de ações que visavam a redução da mortalidade infantil, com consequente ampliação da mão de obra producente. O exercício da maternidade enquanto forma de controle e direcionamento moral, cívico e social dos filhos também estava imputado na preocupação com universo feminino, como um modo de construir uma sociedade dócil (BADINTER, 1985).

Diante disso, o corpo feminino se tornou um importante objeto de investimento da saúde pública e da medicina (NUNES, 1995), por estar atrelado ao papel de intermediação e apoio à entrada das normas e regras, determinações e práticas médico-higienistas no lar (RIFFEL, 2005). Em meio a esta composição, o útero permanece em evidência em virtude de seu potencial social, mas também em nível individual por ser considerando um órgão “que tem vida própria, pode tomar seu corpo e se expressar nele, sem que a mulher tenha sobre ela nenhum controle” (NUNES, 1995, p. 12).

Na busca por desvencilhar-se dessa premissa, a ciência da ginecologia e obstetrícia edificou ao longo dos anos seguintes, meios que validassem essa nova forma de parir sob a assistência médico-hospitalar, caracterizada pela ocorrência de dois movimentos. O primeiro correspondeu ao desvencilhamento da parteira do processo de parto, sob a argumentação de que seus saberes eram empíricos, arcaicos e moralmente inapropriados (MELO, 2017), proporcionando um parto sujo, doloroso e perigoso (SERRA; BATALHA, 2019). O segundo movimento se caracterizou pela propagação dos discursos de valorização do parto assistido pelo médico (GUALDA, 2017), sustentado pelas dimensões estatísticas, suas previsões, estimativas e probabilidades (NESPOLIG, 2014),

[2] O conceito de verdade será apresentado detalhadamente no próximo capítulo.

com a promessa de um parto científico, limpo, higiênico e seguro (SERRA; BATALHA, 2019).

Os saberes e verdades científicas que embasam a edificação dessa nova forma de parir pulverizaram-se em meio a sociedade, modulando os discursos e a assistência pré-existentes à medida que ganharam forças os enunciados de patologização do parto, definindo o corpo feminino como frágil, incompleto, incompetente, despreparado e incapaz de autogerir a parturição sem trazer risco para mulher e para o nascituro (PIMENTEL, et al., 2014; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Ao mesmo tempo, as múltiplas intervenções médicas inventadas para corrigir e disciplinar os corpos inaptos das parturientes, modulavam os significados do risco e do medo em relação ao parir, projetando-se como as verdadeiras soluções para trazer segurança e reduzir o potencial de complicações (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019).

O arcabouço de saberes e verdades que foram desenvolvidos ao longo da consolidação da ciência da ginecologia e obstetrícia durante os séculos VIII, XIX e parte do século XX, compuseram uma intelecção das práticas envoltas na parturição, que ao se difundirem no meio social passaram a ser introjetadas e, posteriormente, revelar-se com naturalidade e automatismo nos modos de ser e agir, prescrevendo condutas e regulando comportamentos. A este conjunto, Foucault (2001) denomina de racionalidade, que “são fragmentos de realidade que induzem efeitos de real tão específicos como aqueles da separação do verdadeiro e do falso na maneira pela qual os homens se ‘dirigem’, se ‘governam’, se ‘conduzem’ a si mesmos e aos outros” (Ibid., 2001, p. 848). Como complementa Dean (1994, p. 60), a racionalidade mostra-se como um “produto específico de um conjunto de práticas sociais inscritas no interior de relações [...]”.

Ao incorporar as dimensões da razão, do intelecto e da moralidade, a racionalidade é introjetada pelo e no indivíduo por meio de distintos mecanismos rizomáticos (GARCIA, 2001), prescrevendo a melhor forma de conduzir a conduta da população (DELEUZE, 2005). Ela se materializa como ação, “sempre orientada racionalmente para determinado fim” (AVELINO, 2016, p. 248). Assim, baseando-se nas teorizações Foucaultianas (2005), infere-se que os saberes e verdades que constituíram esta lógica inteligível, cientificizada e moralmente

aceita sobre a parturição, compuseram uma racionalidade do parto, sempre concatenada com a força que a verdade possui.

Ao estar difundida capilarmente na sociedade e introjetada nos indivíduos, esta racionalidade passou a conduzir suas condutas. Em outras palavras, tornou os indivíduos governáveis e, também, elemento no governamento dos outros (FIMYAR, 2009). Para Foucault (2013a), o governamento consiste num conjunto de procedimentos, mecanismos e técnicas que tem por finalidade conduzir os homens e estruturar ações, por meio da dinamicidade do agir sobre o agir dos outros. Entretanto, a direção do governamento é heterogênea, não estando limitada a condução das condutas alheias, mas também do indivíduo para si mesmo (FOUCAULT, 2008a).

Cabe destacar que o exercício do governamento é indissociável das mentalidades que sustentam suas táticas, estratégias e programas. Ou seja, o governo está inevitavelmente concatenado em racionalidades, configurando-se na governamentalidade (FOUCAULT, 2008a). Segundo o mesmo filósofo, a governamentalidade caracteriza-se, dentre outras possíveis concepções, por um conjunto composto de instituições, procedimentos, táticas, estratégias, análises, reflexões e cálculos que, articuladamente, exercem a condução das condutas de modo bastante específico e complexo, amparadas nos saberes e verdades que constituem racionalidades (FOUCAULT, 2008a). Segundo Lockmann (2013, p. 79) a governamentalidade “organiza determinadas formas de conduzir as condutas dos sujeitos e das populações, possibilitando a emergência de diferentes estratégias, entre elas, as políticas”.

Diante dos elementos conceituais apresentados, compreende-se que a historicidade que concebeu a ciência da ginecologia e obstetrícia e suas verdades, engendrou a racionalidade que se tornou intrínseca a condução das condutas dos indivíduos envoltos na parturição, constituindo governamentalidade. Como a literatura apresenta (PIMENTEL, et al., 2014; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018; DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), esse conjunto de verdades racionalizadas que governavam os corpos – entendido neste estudo como engendramento da governamentalidade – se caracterizava por estatutir o parto como um evento disfuncional nos âmbitos biológicos e sociais, como resultado da fragilidade, incapacidade e incompetência feminina em controlar o próprio corpo, suas

emoções e suas relações sociais. Modulava-se na capilaridade social o que era parir, como uma ação patológica ou organicamente disfuncional a ser medicalizada e corrigida, que exigia de quem presta a assistência uma atuação "verdadeiramente segurança"[3], mas que em termos práticos é mecanizada, tecnicista, intervencionista e, ao mesmo tempo, ciclicamente pedagógica.

Entretanto, a racionalidade que engendra a governamentalidade não é estática ou permanente. Ela está ininterruptamente sendo (re)modulada e (re)construída por meio das dinâmicas das relações sociais e através dos saberes que emergem da sociedade e que são tidos como verdades, fazendo com que as racionalidades sejam sempre fugazes e temporárias (SILVA, 2018). Partindo desta afirmação, torna-se evidente que, mesmo ao longo dos séculos XVIII, XIX e parte do século XX, em que a ciência da ginecologia e obstetrícia (re)compôs verdades científicas que patologizavam o corpo da mulher que pari, formulando uma racionalidade intervencionista, também se constituíram levantes contrários, que estabeleceram enfrentamentos, conflitos, paradoxos, descontinuidades e resistências no âmbito discursivo e prático, como rotas de fuga ao governamento que era exercido.

Não obstante, o levantamento histórico acerca da assistência ao parto revela que foi somente na segunda metade do século XX que os discursos de resistência ao parto patologizado se difundiram fortemente na sociedade (PIMENTEL, et al., 2014; GUALDA, 2017; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018; NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018; DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019; SERRA; BATALHA, 2019). Estes processos disruptivos com os saberes até então tidos como verdades foram impulsionados pelo movimento feminista (SCAVONE, 2004), pela medicina baseada em evidência (RIFFEL, 2005), e por transformações políticas, constitucionais e sociais ocorridas nacional e internacionalmente (SANTOS, 2003), sob a égide cada vez mais intensa da globalização (LEMOS et al., 2016).

[3] Este estudo não questiona ou relativiza os avanços técnico-cientificos que permitiram o desenvolvimento de saberes que contribuíram e contribuem inestimavelmente para o cuidado, a vida e a qualidade de vida no âmbito gineco-obstétrico, mas lança o olhar sobre a historicidade das práticas assistenciais para melhor compreender os discursos sociais da atualidade, empregando a mesma terminologia encontrada na literatura científica nacional e internacional para descrever as formas de prestar a assistência que foram engendradas ao longo dos séculos.

A construção de novos saberes e verdades científicas também oriundos do processo de esquadrinhamento do corpo, e difundidos socialmente por meio de discursos apoiados em saberes matemáticos que lhes conferiam neutralidade (MARTINS, 2005), sedimentados na perspectiva do profissionalismo médico-científico (STARR, 1982), engendraram gradativamente uma nova racionalidade do parto. Suas características discursivas enunciam a valorização da fisiologia corporal que controla a parturição, o estabelecimento de critérios técnico-científicos para apoiar as decisões assistenciais e a não realização de intervenções desnecessárias, além da valorização dos aspectos emocionais e sociais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), governando os corpos num sentido contrário ao anterior.

Com o avançar da fabricação de discursos científicos que sustentassem o direcionamento desta governamentalidade, amparados pela credibilidade médico-científica da Medicina Baseada em Evidências, esta racionalidade do parto predominantemente antagônica a anterior, introjetou-se no meio social e no âmbito político-governamental, modulando concepções, teorias e práticas assistenciais. No Brasil, o conjunto de verdades que ampara esta racionalidade circula discursivamente sob a denominação de humanização do parto (BOURGUIGNONA; GRISOTTIB, 2018), que é um termo frequente na produção científica contemporânea de distintas áreas do conhecimento voltadas à assistência direta ou indireta a parturiente e ao nascituro (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

Cabe acrescentar que mesmo que alguns saberes-verdades engendrados na racionalidade deste processo de governamentalidade gozem da credibilidade advinda do status de política pública de saúde – como o caso das elencadas sob a denominação de humanização do parto – esta não adentra o campo do governamento como força provinda de algo externo e superior aos indivíduos, numa perspectiva de dominação hierárquica. Isso ocorre, pois, o governamento se dá no nível das relações, das trocas, das falas, dos silêncios e dos comportamentos. Não se trata de obediência, mas de engajamento (FOUCAULT, 2008a). Porém, a presença de discursos característicos de uma racionalidade como sustentáculo argumentativo da arquitetura Governamental-Estatal sobre a forma adequada de parir, reforça a compreensão de que a parturição é inevitavelmente politizada (MEYER, 2005), como mais um

fenômeno social corporificado que deve ser regulado para a melhor gestão da vida (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

Mesmo com sua gênese, pragmatismo e arquitetura Governamental-Estatal, a racionalidade voltada à humanização do parto não anulou os saberes-verdades presentes nos discursos potentes da racionalidade intervencionista, tornando-as coabitantes do contemporâneo. A literatura científica reforça a compreensão de que há coexistência destas racionalidades na malha social de diferentes formas, polarizando os indivíduos envoltos na parturição (OLIVEIRA; PENNA, 2018; BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

Estes engendramentos parecem estar relacionados com a perpetuação do modelo intervencionista durante a formação dos profissionais de saúde (PEREIRA et al., 2018); a dicotomia entre o apregoado nas políticas de saúde pública e o rotineirizado nos serviços de saúde (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018); a seletividade dos profissionais de saúde ao consumirem saberes que recebem a titulação de Medicina Baseada em Evidências (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018); a permanência dos discursos patologizantes da fisiologia corporal que controla a parturição (OLIVEIRA; PENNA, 2018); as iniquidades encontradas na assistência prestada pelos distintos serviços de saúde pública e suplementar (LEAL et al., 2019); a pedagogização verticalizada de saberes durante o pré-natal, com ênfase na superiorização das verdades engendradas nos discursos dos profissionais de saúde, e da inferiorização dos saberes das mulheres (LEAL et al., 2021); os atravessamentos das redes discursivas que mobilizam ativistas contra e defensores pró intervencionismo (OLIVEIRA; PENNA, 2018), dentre outros elementos discursivos, que adentram a malha social com ampla velocidade, como desdobramento da globalização (LEMOS etal., 2016).

Não obstante, por estar a governamentalidade essencialmente concatenada a racionalidade, e que esta última está sempre sendo (re)atualizada e (re)construída por meio das dinâmicas das relações sociais (FOUCAULT, 2008a), a governamentalidade do parto não pode ser compreendida ou analisada como um processo estático ou unicamente caracterizada pelas duas possíveis racionalidades acima apresentadas – dentre as múltiplas possíveis. Ela é transpassada, influenciada, remodelada, redirecionada, rearquitetada, conciliada e repelida por outras governamentalidades, de múltiplas maneiras (RAMOS DO Ó, 2007). Isso ocorre,

pois a governamentalidade gere globalmente a vida, operando nas diversas dimensões que compõe o indivíduo e as populações, acionando inevitavelmente outras racionalidades, como a econômica – neoliberal, a de gênero – patriarcado e feminismo, a educacional, dentre outros, que adentram as engrenagens da condução das condutas.

Nesta conjuntura, infere-se que complexas redes discursivas multidirecionadas que se assemelham em sua força, mas se repelem em seus sentidos, transpassam os corpos de mulheres-parturientes e profissionais de saúde, capturando-os nas dimensões da razão, do intelecto e da moralidade, governando suas condutas e projetando-se na condução das condutas dos outros. Entretanto, não se trata de uma relação de sobreposição ou hierarquia, mas sim, de relações de forças insipientes e instáveis, tencionadas pelos antagonismos discursivos entre risco e segurança, medo e confiança, controle e fisiologia, dentre outros, mas que, mesmo sendo voláteis, concatenam os mecanismos de governamento do parto. Ou seja, é no âmago da ação de parir e dos ciclos de vida que antecedem e sucedem esse momento, que as verdades que sustentam as racionalidades se enfrentam, conflitam, descontinuam, resistem e engendram estratégias para governar a si mesmo e ao outro.

Diante do exposto, a parturição enquanto ação única para o indivíduo que nasce, possivelmente múltipla para o indivíduo que pari, e rotineira para os indivíduos que prestam a assistência, é sempre consequência da politização que propende a gestão da vida. Esse processo, direcionado por meio de racionalidades instáveis que engendram governamentalidade, revela-se como emaranhado complexo, rizomático e multifacetado de saberes, verdades e discursos que alcançam todas as arestas que compõe os indivíduos envoltos na parturição, modulando-a, sendo esta uma perspectiva de análise a ser explorada, o que justifica a realização deste estudo. Assim sendo, busca-se confirmar a **TESE** de que a governamentalidade do parto engendrada por racionalidades concatenadas por saberes-verdades sobre o parto, modula a parturição por meio do governamento dos sujeitos, conduzindo as condutas dos profissionais de saúde e parturientes.

3 OBJETIVO

Vocês que fazem parte dessa massa, que passa dos projetos do futuro
É duro tanto ter que caminhar e dar muito mais do que receber
E ter que demonstrar sua coragem à margem do que possa parecer
E ver que toda essa engrenagem, já sente a ferrugem lhe comer
Êh, oô, vida de gado, Povo marcado, Povo feliz
O povo foge da ignorância, apesar de viver tão perto dela
E sonham com melhores tempos idos. Contemplam esta vida numa cela
Esperam nova possibilidade de verem esse mundo se acabar
A arca de Noé, o dirigível. Não voam, nem se pode flutuar
...

Zé Ramalho. Admirável Gado Novo.

Chegar aos objetivos desta tese perpassou diferentes momentos. O primeiro foi de aprofundamento na magnífica obra de Foucault, o que inclui a internalização de múltiplos conceitos, e a compreensão de suas operacionalidades. Centrado nestes conceitos, procedeu-se o momento de visitação da historicidade das ciências obstétricas. E foi a comunhão dos conhecimentos destas duas dimensões que permitiu admitir a funcionalidade de tantos aspectos que estão sedimentados socialmente, e que produzem o parto como ele é.

É sobre este conjunto de conhecimentos que estão consolidados, mesmos diante da vividez, fugacidade e possibilidade de variações, que se versa nesta tese por meio destes objetivos, assim como versou Zé Ramalho, em “Admirável Gado Novo”. A poética presente na epígrafe nos revela a existência de toda uma maquinaria complexa, repleta de infindas engrenagens, que vem do passado e projeta o futuro, enquanto permanecemos à mercê do imaginário que ela nos permite ter. E mesmo nas rotas de fuga que parecem nos distanciar das cercas que nos prendem, somos despercebidamente capturados por outras engrenagens, felizes e passionais. Viver, fazer, fugir, nada mais é do que operar como a máquina deseja. E o que ela deseja do parto?

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como a governamentalidade engendrada por racionalidades modula a parturição através do governamento dos sujeitos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que conduzem as condutas dos profissionais de saúde durante o parto;

- Caracterizar os engendramentos da governamentalidade atreladas a atuação dos sujeitos-profissionais de saúde para a condução das condutas das parturientes para a e na parturição;

- Identificar, na perspectiva dos sujeitos-profissionais de saúde, os engendramentos da governamentalidade do parto difundidos na malha social, que conduzem as condutas dos sujeitos-parturientes.

4 FERRAMENTAS E TEORIZAÇÕES

4.1 APRESENTAÇÃO

Eu ando pelo mundo, e os automóveis correm para quê?
As crianças correm para onde?
Transito entre dois lados de um lado. Eu gosto de opostos
Exponho o meu modo, me mostro, eu canto para quem?
Pela janela do quarto, pela janela do carro, pela tela, pela janela
Quem é ela, quem é ela? Eu vejo tudo enquadrado
Remoto controle
...
Adriana Calcanhoto. Esquadros.

A canção “Esquadros”, de Adriana Calcanhoto, nos convida a pensar sobre a vida em sociedade. Enquanto seguimos a prescrição rotineira de nossos cotidianos, somos tangenciados pelos cotidianos prescritos para outros indivíduos que, assim como nós, são produto e produtores de algo que nos orquestra despercebidamente, que nos cega, nos ilude e nos faz pertencente a este todo despersonalizante. Mas seria possível ver algo além do que a ilusão e cegueira nos permitem? Há como entender minimamente este remoto controle?

Acreditando ser possível ver mais do que é obvio, foram desenvolvidos os aprofundamentos teóricos que sustentam esta tese, que se apoia em dois eixos de ferramentas conceituais. O primeiro eixo será composto de teorizações foucaultianas acerca da governamentalidade e seus engendramentos. Já o segundo eixo irá aprofundar distintas dimensões da assistência ao nascimento.

Cabe salientar que, ao fazermos a escolha pelo agenciamento de conceitos apresentados por Michael Foucault ao longo de sua obra, incorpora-se a este estudo uma perspectiva singular que se espraia também na seleção das enunciações que nominam elementos, fenômenos e outras dimensões que serão abordadas. Assim sendo, este capítulo não se titula como referencial teórico, partindo do entendimento de que a obra de Foucault não apresenta uma teoria, mas sim uma série de ferramentas conceituais e ferramentas de análise, como destaca o próprio autor (FOUCAULT, 2006a).

Para melhor elucidar esta perspectiva, Foucault (2006a) apresenta a metáfora da Caixa de Ferramentas:

> Meu discurso é, evidentemente, um discurso de intelectual e, como tal, opera nas redes de poder em funcionamento. Contudo, um livro é feito para servir a usos não definidos por aquele que o escreveu. Quanto mais houver usos novos, possíveis, imprevistos, mais eu ficarei contente. Todos os meus livros seja História da loucura seja outros podem ser pequenas caixas de ferramentas. Se as pessoas querem mesmo abri-las, servirem-se de tal frase, tal ideia, tal análise como de uma chave de fenda, ou uma chave-inglesa, para produzir um curto-circuito, desqualificar, quebrar os sistemas de poder, inclusive, eventualmente, os próprios sistemas de que meus livros resultam, pois bem, tanto melhor! (FOUCAULT, 2006a, p. 52).

Partindo deste entendimento, utilizaremos o arcabouço de enunciações e saberes que compõe os três eixos deste referencial, como ferramentas tiradas da caixa quando é chegada a hora de sua utilização. Por este motivo o capítulo nomina-se “Ferramentas e Teorizações”.

4.2 TEORIZAÇÕES FOUCAULTIANAS: As primeiras ferramentas escolhidas

Numa espécie de limbo o sonâmbulo anda feito pêndulo
Ora pende dormindo, ora pende contra o tempo
E faz deste inimigo, atrasado, correndo
Justifica um vazio interno, imenso
Fugas mentais ocupam os pensamentos
E se torna incapaz de ocupar a si mesmo
TVs, zines, jornais, químicas num intento
Bloquear os canais, domesticar seus anseios
...
Céu. Sonâmbulo.

Os textos de Michael Foucault não podem ser aditivados pela enunciação “simplicidade”. Muito pelo contrário, sua obra é marcada pela complexidade e densidade, tornando-se uma tarefa nada fácil sintetizar de maneira objetiva, clara, precisa e rigorosa. Ideias tão potentes mas que, ao mesmo tempo em que se elaboram, aprofundam e enriquecem, se transformam e se reescrevem ao passar dos anos de trabalho do filósofo e das páginas onde ele está registrado. E por falar em páginas – as muitas páginas – revelam pouco a pouco a missão de nunca chegar à verdade única e absoluta sobre os fatos, mas sim de viabilizar

uma leitura, uma perspectiva, uma possibilidade de exploração (MOREIRA, 2004).

Sob um olhar pouco apurado, torna-se obnubilante a busca por uma linearidade que permita ordenar, classificar e delimitar fatos, conceitos e ferramentas de modo *en passant*, diante de um constructo essencialmente matizado (NETO, 2017). Ao descrever aspectos da obra de Foucault, Moreira (2004), afirma que:

> a ausência de sistematização dos conceitos e das ideias que norteiam as análises, bem como os diferentes sentidos que certas categorias assumem em distintos escritos, tornam a tarefa similar à do detetive, envolto em intrincadas e confusas pistas (MOREIRA, 2004, p. 611).

Talvez estas características sejam contributivas para a compreensão, muitas vezes equivocada, de que a centralidade de sua obra seja o poder, a ponto de o autor fazer pertinentes ressalvas, de que "não é, pois, o poder, mas o sujeito" (FOUCAULT, 2013a, p. 232) o objeto central de suas investigações. Não somente, que ao longo das mesmas, o filósofo buscou "criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos" (FOUCAULT, 2013a, p. 231).

Esta ideia torna-se mais clara no decorrer de sua pesquisa e em seu direcionamento aos estudos acerca da governamentalidade (NETO, 2017). Assim sendo, a analítica do poder revela-se como movimento propulsor da compreensão dos modos de constituição dos sujeitos, refletidos em suas práticas sobre si e na condução das condutas dos outros, em movimentos de objetivação, subjetivação e assujeitamento e contextos de saberes-verdades, liberdades, resistências e governamentalidades[4] (DELEUZE, 2005).

Em uma das possibilidades de leitura e organização da abordagem feita por Foucault, concebe-se que esta está dividida em três momentos, fases ou domínios. A primeira é denominada *Arqueológica* e tem sua centralidade na análise sobre a constituição do saber. A segunda é a fase *Genealógica*, em que são analisadas as formas de exercício do poder, a condução das condutas e a dimensionalidade dessa ação associada com a racionalidade (DELEUZE, 2005).

[4] As enunciações: práticas sobre si, condução das condutas, objetivação, subjetivação, assujeitamento, saberes-verdades, liberdades, resistências e governamentalidades, serão retomadas e detalhadas posteriormente.

O último momento de sua obra centra-se na *Ética e Estética da Existência*, projetando análises sobre a constituição do sujeito como portador e criador de uma conduta ética ou moral. Esta segmentação traz uma linearidade didática, que, num sentido operacional, não condiz com a própria forma de construção e entrelaçamento dos estudos, já que não são encontrados limites nítidos de um início e um fim para cada uma das fases, sendo que, ao longo de toda a obra, são agenciadas ferramentas que as costuram e as fundem (DELEUZE, 2005).

Partindo desta compreensão, esta tese fará uso de ferramentas apresentadas por Foucault em diferentes momentos de suas pesquisas, reveladas em livros, cursos, artigos e entrevistas, aproximando-se do conceito de governamentalidade e seus desdobramentos. Foucault apresenta o termo governamentalidade pela primeira vez no curso *Segurança, Território e População*, especificamente na aula de 1º de fevereiro de 1978. No início deste curso, o autor revela que a ideia inicial do mesmo é abordar outra temática: "Este ano gostaria de começar o estudo de algo que eu havia chamado, um pouco no ar, de biopoder" (FOUCAULT, 2008a, p. 3). Porém, ao longo do desenvolvimento do curso, Foucault faz a ressalva: "No fundo, se eu quisesse ter dado ao curso que iniciei este ano um título mais exato, certamente não teria escolhido 'Segurança, Território e População'. [...] eu chamaria de história da 'governamentalidade'" (FOUCAULT, 2008a. p. 143).

No curso *Segurança, Território e População,* 1978, (FOUCAULT,2008a), a dimensão histórica das governamentalidades é examinada em sua interface política, articulada com a emergência de uma razão de Estado. No curso seguinte, *O Nascimento da Biopolítica,*1979 (FOUCAULT, 2008b), é explorada a governamentalidade em sua relação com a racionalidade política, abordando temas do liberalismo e do neoliberalismo. Não obstante, a governamentalidade permanece agenciada em seus processos de análise de outras obras, como: *Do governo dos vivos,* 1980 (Ibid., 2010a), *A hermenêutica do sujeito*, 1981 (Ibid., 2010b), *O governo de si e dos outros*, 1982 (Ibid., 2010c) e *A coragem da verdade,*1983 (Ibid., 2011).

A utilização do conceito de governamentalidade marca um deslocamento do enfoque na analítica do poder. Como revela o Curso *Em defesa da Sociedade* (FOUCAULT, 1976, 2010d) – curso que antecede a introdução do termo governamentalidade – a grade teórica abordada pelo autor em suas últimas

pesquisas já trazia insatisfação ao mesmo, por considerar que havia muita repetição e pouco "resultado" (FOUCAULT, 2010d, p. 6). Neste Curso, Foucault (2010d) faz a indicação que suas explorações tentarão avaliar como o esquema binário de luta e o enfrentamento das forças pode ser identificado como o princípio do poder político (FOUCAULT, 2014a).

Com a introdução da noção de governamentalidade, passa-se a considerar que o poder transita menos na dimensão do "enfrentamento entre dois adversários" – entendimento que propugnava sua obra na primeira metade dos anos 1970 – e mais da ordem do governo/governamento[5], enquanto elemento que adentra as estruturas políticas e de gestão do Estado, bem como no modo de "dirigir a conduta de indivíduos e grupos" (FOUCAULT, 2014a, p. 133).

Partindo destas concepções, revela-se como frutífero o agenciamento da governamentalidade como ferramenta ou mesmo guia para o desenvolvimento da análise dos modos de conduzir as condutas em meio a um modo de pensamento – racionalidade (LEMKE, 2000). Este conceito tem se mostrado versátil e profícuo, não somente pelo próprio Foucault, em âmbitos da análise histórica e social, mas por outros autores nas áreas da Educação, Administração, Comunicação, Sociologia, Direito, História, Politicologia, Saúde, dentre outras (VEIGA-NETO; TRAVERSINI, 2009; CIDADE; BICALHO, 2017).

A governamentalidade emerge como uma transformação epistêmica, rompendo com os modos de pensar o Governo Estatal, o governamento, o Estado, a política e a constituição dos sujeitos em meio às redes histórico-políticas nas quais estão envoltos (CIDADE; BICALHO, 2017). Assim sendo, mais do que permitir reolhar o passado, o agenciamento da governamentalidade como ferramenta para a análise permite traçar um novo presente e pensar alternativas para o futuro (VEIGA-NETO; TRAVERSINI, 2009). Isto se dá, pois, os estudos sobre governamentalidade revelam que as práticas de governamento

[5] Veiga-Neto (2005), esclarece que Foucault utiliza-se do vocábulo "governo" com dois sentidos distintos ao longo de sua obra. O primeiro refere-se à instituição estatal, tais como o Governo do Estado, Governo da República. O segundo sentido consiste na ação de governar, no exercício do governo sobre algo/alguém. Assim sendo, o autor propõe que nos textos foucaultianos haja o emprego no vocábulo "governamento" quando este se referir a "[...] todo o conjunto das ações – dispersadas, disseminadas e microfísicas do poder – que objetivam conduzir ou estruturar as ações" (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p. 952).

e os modos de pensamento que as conduzem podem ser efetivados de maneiras diferenciadas, desnaturalizando-os, questionando-os (DEAN, 1999).

Os estudos que agenciam a governamentalidade revelam “determinado ‘estrato’ do saber e do agir” (ROSE, 1999, p. 19) e, por isso, sua utilização como ferramenta implica em problematizar o que está posto como normativo, fragmentando analiticamente as práticas, discursos e elementos que o constituem (MARSTON, 2002; CORDEIRO, 2013). Para tanto, é necessário ultrapassar a abordagem descritiva, adentrando a complexidade que caracteriza as múltiplas possibilidades que existem no abismo que separa o poder e a liberdade em meio à governamentalidade (AQUINO; RIBEIRO, 2009).

4.2.1 Governamentalidade, Racionalidade, Dispositivo e Governamento: Ferramentas e Maquinaria

Quando o vocábulo “governamentalidade” foi apresentado por Foucault, em 1978, este se constituía de um neologismo. Ao fundir governar (*gouverner*) e a mentalidade (*mentalité*), Foucault “enfatiza a interdependência entre o exercício do governamento (práticas) e as mentalidades que sustentam tais práticas” (LEMKE, 2000, p. 2). Por mais que este termo esteja presente exordialmente no Curso *Segurança, Território e População*, a noção de governamentalidade cruza todo o cenário de sua obra, estabelecendo, de certo modo, um *continuum* entre: as tecnologias políticas e técnicas disciplinares, no âmbito da microfísica do poder; no direcionamento das preocupações da soberania política, no que concerne à gestão populacional, social e das nações, em meio a relações institucionais; e, no estabelecimento de táticas para direcionar e conduzir indivíduos livres, trazendo equivalência às práticas do eu com as práticas de governamento (RAMOS DO Ó, 2009).

Foucault atribui distintos sentidos à governamentalidade. No Curso supracitado, o autor apresenta as seguintes explicações:

> Por esta palavra “governamentalidade” entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e deste há muito, para à preeminência desse tipo de poder, que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros — soberania, disciplina — e que trouxe, por um

> lado, o desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”(FOUCAULT, 2008a, p.143-44).

Mais tarde, já no curso *O Nascimento da Biopolítica*, de 1979, Foucault traz uma nova tônica à governamentalidade: “o que propus chamar de governamentalidade, isto é, a maneira como se conduz a conduta dos homens, não é mais que uma proposta de grade de análise para essas relações de poder” (FOUCAULT, 2008b, p. 258). Neste entendimento, a governamentalidade constitui-se mais do que uma ferramenta explicativa da dimensão histórica e social, mas configura-se em um instrumento metodológico para a atividade investigativa, como lentes desenvolvidas para olhar e trabalhar a pesquisa (NOGUERA-RAMIREZ, 2013). Já no texto *Tecnologias de Si*, Foucault descreve a governamentalidade como: “esse contato entre as tecnologias de dominação sobre os outros e as tecnologias de si [...]” (Ibid., 2004a, p. 324).

Outros autores que apoiam suas obras nas teorizações foucaultianas apresentam propostas explicativas acerca da governamentalidade, aprofundando os desdobramentos desta na contemporaneidade. Gordon (1991, p. 3) descreve que a governamentalidade é uma forma de "pensar sobre a natureza da prática de governo [...]” e complementam afirmando que esta seria “ [...] capaz de tornar alguma forma de atividade pensável e praticável tanto para os que a praticam como para aqueles sobre os quais recai essa prática". Rose, O'Malley e Valverde (2006), direcionam o entendimento para as características da governamentalidade, destacando sua flexibilidade e acrescentando que esta compreende:

> [...] diferentes estilos de pensamento, suas condições de formação, os princípios e conhecimentos que eles tomam emprestados e que geram, as práticas das quais são constituídos, como são levados a efeito, suas contestações e alianças com outras artes do governar (ROSE; O'MALLEY; VALVERDE, 2006, p. 84).

Lemke (2000) escreve que o conceito de governamentalidade agencia a relação entre quatro dimensões: a construção do indivíduo enquanto sujeito (genealogia do sujeito), a condução da própria conduta (moralidade), a formação do Estado enquanto instituição (genealogia do Estado) e as táticas de condução das condutas pelo Estado (política). Na especificidade da dimensão política,

Fimyar (2008, p. 5) afirma que a governamentalidade “pode ser descrita como o esforço de criar sujeitos governáveis através de várias técnicas desenvolvidas de controle, normalização e moldagem das condutas das pessoas”.

Apoiando-se nesta interface com a dimensão política, Traversini e Bello (2009) assumem a governamentalidade como um modo de pensar e administrar as problemáticas que interferem sobre a vida dos indivíduos e da população, que se constituem em obstáculo ao desenvolvimento das nações. A compreensão da governamentalidade associada a um modo de pensar e administrar elenca a noção de racionalidade, trazida como tônica de essencialidade por outros autores supracitados (TRAVERSINI; BELLO, 2009).

Na leitura deleuziana (DELEUZE, 2005), a governamentalidade constitui-se de práticas e procedimentos que operam em conjunto, de modo rizomático, porém autônomo, sob orientação de racionalidades específicas que estão associadas a regimes de poder. Castro (2009, p. 191) descreve a governamentalidade como materialização do governamento sob “formas de racionalidade, de procedimentos técnicos, de formas de instrumentalização”. Lockmann (2013, p. 79) direciona para a indissociabilidade de uma racionalidade para que surja espontaneamente a governamentalidade sobre os fenômenos sociais, afirmando que esta “organiza determinadas formas de conduzir as condutas dos sujeitos e das populações, possibilitando a emergência de diferentes estratégias, entre elas, as políticas”.

Outra compreensão que se desdobra acerca da governamentalidade e racionalidade é apresentada por Rouvroy e Berns (2013), a qual os autores denominam como governamentalidade algorítmica:

> [...] um modo de governo alimentado essencialmente por dados brutos (que operam como sinais infra-pessoais e a-significantes mas quantificáveis); que afetam os indivíduos sob o modo de alerta, provocando o reflexo, mais do que sob o modo da autorização, proibição ou persuasão, ao se apoiar sobre suas capacidades de entendimento e de vontade; visando essencialmente a antecipar o futuro, a limitar o possível, muito mais do que regulamentar as condutas. [...] com uma racionalidade particular, permite gerir as pessoas de maneira personalizante, industrial, sistemática e preemptiva, se interessando por elas somente enquanto pertencentes a uma multidão de perfis (de consumidores, de delinquentes potenciais etc) (ROUVROY; BERNS, 2013, p. 169).

Em virtude da magnitude da fusão governamentalidade-racionalidade revelada nos últimos conceitos apresentados, serão dedicadas algumas palavras para melhor explicitar como a dimensão da racionalidade é agenciada

e agenciadora pela/na governamentalidade. Para Foucault (2001), o termo racionalidade corresponde a uma intelecção das práticas em um meio social que se inscrevem nos modos de ser dos indivíduos e se materializam nas relações de poder, prescrevendo condutas calculadas e razoáveis que dinamizam a organização das instituições, regulando os comportamentos. Como afirma o autor: “são fragmentos de realidade que induzem efeitos de real tão específicos como aqueles da separação do verdadeiro e do falso na maneira pela qual os homens se ‘dirigem’, se ‘governam’, se ‘conduzem’ a si mesmos e aos outros” (Ibid., 2001, p. 848).

Imune do caráter de exterioridade ao indivíduo, a racionalidade mostra-se como um “produto específico de um conjunto de práticas sociais inscritas no interior de relações [...]” (DEAN, 1994, p. 60). Esta incita e traz para a circulação distintos discursos e regulações nos mais variados níveis da sociedade e das instituições, naturalizando o disciplinamento dos corpos e a constituição dos indivíduos enquanto sujeitos (FOUCAULT, 2010d).

Apoiado nos escritos foucaultianos, Avelino (2016) problematiza a noção de racionalidade, questionando o que é racionalidade e apresentando:

> [...] em termos sociológicos, quando se fala em racionalidade, fala-se necessariamente em ação: racionalidade é sempre uma ação orientada racionalmente para determinado fim. Racionalidade é uma ação na qual existe a mais perfeita e eficaz articulação entre os meios empregados para atingir um fim almejado. Nesse sentido, pode-se falar em racionalidade religiosa ou em racionalidade musical, na medida em que encontramos nesses campos ações nas quais ocorre a adequação ótima entre meios e fins (AVELINO, 2016, p. 248).

Assim sendo, a racionalidade possui uma guisa de inteligibilidade do social, determinando a forma de condução das condutas em sociedade (LOCKMANN, 2013), abarcando “um sentido instrumental: modos de organizar os meios para alcançar um fim” (CASTRO, 2009, p.375), o que a caracteriza como uma dimensão política e, por isso, a racionalidade pode ser nominada como “racionalidade política” ou “racionalidade governamental”[6] (FOUCAULT, 2008a). Do mesmo modo como a noção de governamentalidade política, o sentido do vocábulo “política” associado à racionalidade possui uma acepção

[6] Partindo da compreensão da indissociabilidade entre a racionalidade e a dimensão política, passaremos a adotar o termo “racionalidade política” para referenciar as noções abarcadas neste conceito.

ampla, englobando a elaboração e a disseminação de modos específicos e bem delimitados de ser e viver em sociedade (MANSANO; CARVALHO, 2015).

Todavia, a dinamicidade social traz à racionalidade política esta mesma característica (MANSANO; CARVALHO, 2015), fazendo com que ela esteja "constantemente sofrendo modificações em face de algum problema ou solução recentemente identificado, retendo enquanto isso certos estilos de pensamento" (ROSE; O'MALLEY; VALVERDE, 2006, p. 98). Por ser dinâmica e possuir vividez, a racionalidade política se encontra em um constante movimento de produção, marcado por continuidades e descontinuidades, sendo ininterruptamente reafirmada e reatualizada através de enfrentamentos, conflitos, desentendimentos, alianças, interrelações e paradoxos (PINEDA; CUBIDES, 2012), tornando-se, em parte, um esboço, um algo inacabado, nunca estático nem permanente (CAPELINI; TAVARES, 2016).

Sendo a racionalidade política ininterruptamente (re)construída na dinâmica das relações sociais e nos saberes que emergem da sociedade e que são tidos como verdades[7], pode-se afirmar que toda a vivência de contemporaneidade – sempre fugaz – está sob a égide de uma racionalidade política específica e temporária (SILVA, 2018). A partir da mesma, são acionados aparelhos, instituições, táticas e exercícios oriundos de relações de forças que prescrevem e atualizam a melhor forma de conduzir a conduta da população (DELEUZE, 2005), "não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer" (FOUCAULT, 2014b, p. 164).

Fechando esta sessão explicativa sobre a racionalidade política, que "constitui o processamento intelectual da realidade com que as tecnologias políticas podem lidar", é possível ter uma compreensão de que esta dimensão se torna intrínseca à governamentalidade (LEMKE, 2001, p. 191).

Voltando ao fenômeno aqui discutido, a governamentalidade, Benevides (2013) reflete sobre algumas características da mesma, destacando que ela está indexada aos saberes que são considerados verdades na e pela sociedade, o que confere à mesma uma figuração de neutralidade, como se fosse apolítica. A governamentalidade não está contida na força de gestão do Estado, como ação autoritária que visa à obediência (por mais que as políticas governamentais do

[7] O conceito de verdade será retomado e explorado posteriormente.

Estado também sejam elementos envoltos nas relações de poder que compõem a governamentalidade), mas se efetiva em relações periféricas, em meio ao tecido social, buscando o engajamento "voluntário"[8] de todos e cada um dos indivíduos (BENEVIDES, 2013).

Para que haja efetividade da governamentalidade nos empreendimentos para tornar indivíduos em sujeitos governáveis, diferentes técnicas e tecnologias são elencados, por meio de distintos dispositivos (LEMKE, 2000). O conceito de dispositivo[9] possui grande expressividade, sendo este discutido de forma interligada à governamentalidade (AGAMBEN, 2011). Para Foucault (2008c), o dispositivo caracteriza-se por redes formadas por elementos práticos discursivos e não-discursivos, resultantes das relações de forças:

> [...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2008c, p. 244).

Para Dreyfus e Rabinow (2013a), o termo *dispositif*, usado originalmente por Foucault, foi traduzido para o inglês pelo equivalente ao vocábulo "aparelho", aproximando-se do significado de expressão "rede de inteligibilidade", o que revela sua concatenação com a racionalidade política, tentando abarcar a dimensão do poder e saber numa rede específica de análise e trazendo ao termo a tônica de conjunto de práticas coerentes que organizam a conjuntura social. Segundo Deleuze (1996, p. 1), os dispositivos "são como as máquinas [...] máquinas de fazer ver e de fazer falar" e acrescenta:

> [...] os dispositivos têm por componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de brecha, de fissura, de fratura, que se entrecruzam e se misturam, acabando por dar umas nas outras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento [...] Todas as linhas são linhas de variação, que não tem sequer coordenadas constantes. O Uno, o Todo, o Verdadeiro, o objeto, o sujeito, não são universais, mas processos singulares, de unificação, de totalização, de verificação, de objetivação, de subjetivação imanentes a dado dispositivo. E cada dispositivo é uma

[8] Optou-se pela relativização do termo "voluntário" apoiando-se nos conhecimentos trazidos pelas teorizações foucaultianas acerca da subjetivação e assujeitamento – elementos que serão detalhados posteriormente.

[9] Ao longo de sua obra Foucault aprofunda suas teorizações acerca de distintos fenômenos que são partícipes da constituição do indivíduo enquanto sujeito, utilizando-se do vetor "dispositivo, como podemos mencionar: o dispositivo do Panóptico, em *Vigiar e Punir*, o dispositivo da Sexualidade, em *História da Sexualidade: Vontade de Saber*, e o dispositivo de Segurança, em *Segurança, Território e População.*

> multiplicidade na qual esses processos operam em devir, distintos dos que operam noutro dispositivo (DELEUZE, 1996, p.3).

O termo dispositivo "nomeia aquilo no que e pelo que se realiza a atividade pura do governo sem a mediação fundada no ser. É por isto que os dispositivos devem sempre implicar um processo de subjetivação, devem produzir um sujeito" (AGAMBEN, 2011, p. 249). Para compreender este movimento faz-se necessária a percepção de que:

> O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. E isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles (FOUCAULT, 2008c, p. 246).

Como revelado, a governamentalidade se difunde pela e na sociedade por meio de distintos dispositivos, os quais são constituídos de diferentes elementos que, rizomaticamente, exercem o governamento (FOUCAULT, 2008a). O governamento refere-se ao conjunto de "mecanismos e procedimentos destinados a conduzir os homens" (Ibid., 2010b, p. 13), como uma "possibilidade de ação sobre a ação dos outros" (Ibid, 2013a, p. 247).

Os vocábulos "conduta" e "ação" possuem centralidade nas análises do governamento feitas por Foucault (VEIGA-NETO; LOPES, 2007). Para o filósofo, a "conduta é, ao mesmo tempo, o ato de 'conduzir' os outros [...] e a maneira de se comportar num campo mais ou menos aberto de possibilidades. O exercício do poder consiste em 'conduzir condutas' e em ordenar a probabilidade" (FOUCAULT, 2013a, p. 243-44).

A condução das condutas se concretiza de modo disseminado e permanente nas microfísicas do poder (VEIGA-NETO; LOPES, 2007), entrecruzando, de modo homólogo, os comportamentos de todos e de cada um (RAMOS DO Ó, 2009). Assim sendo, o governamento se dá diante de uma espécie de menu de possibilidades de ações e condutas dos indivíduos (AQUINO; RIBEIRO, 2009) e, é essa liberdade[10] que agencia os elementos que compõem os dispositivos, para que haja o exercício das práticas de governamento, nos mecanismos da governamentalidade (FOUCAULT, 2008a).

As práticas de governamento se difundem no tecido social, ou seja, elas não operam de cima para baixo, mas sim, acontecem horizontalmente e

[10] As noções de liberdade serão retomadas e exploradas posteriormente.

perpendicularmente numa dimensão micropolítica, especificamente sobre os indivíduos (BERNARDES; QUINHONES, 2009). Acerca do governamento, Foucault destaca que “nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades” (FOUCAULT, 2008a, p.164). Não somente, o governamento não se processa como uma força provinda de algo externo e superior ao homem, numa perspectiva de dominação hieráquica imutável (FOUCAULT, 2008a). Neste sentido, o filósofo descreve que:

> [...] aqui não se trata de impor uma lei aos homens, trata-se de dispor das coisas, isto é, de utilizar táticas, muito mais que leis, ou utilizar ao máximo as leis como táticas; agir de modo que, por um certo número de meios, esta ou aquela finalidade possa ser alcançada [...] a finalidade do governo está nas coisas que ele dirige; ela deve ser buscada na perfeição, na maximização ou na intensificação dos processos que ele dirige, e os instrumentos do governo, em vez de serem leis, vão ser diversas táticas (FOUCAULT, 2008a, p. 132).

As táticas, estratégias e programas de governamento – sempre concatenadas em racionalidades políticas – prescritas e exercidas pelos e nos dispositivos são heterogêneas e multiformes, incutindo-se não somente na condução das condutas de um indivíduo para o outro, mas dele para si mesmo, por meio de diferentes mecanismos (FOUCAULT, 2008a). Estas táticas, de modo mais aparente ou menos aparente, organizam a vida em sociedade através de sentidos atribuídos às formas como as pessoas devem viver, sem valer-se de métodos proibitivos ou de interdição, mas sim de estratégias de controle e administração (BERNARDES; QUINHONES, 2009). Estas visam conectar, em emaranhados muito delicados, os pensamentos, as decisões e as aspirações de cada um dos indivíduos com a racionalidade política da governamentalidade em vigência (RAMOS DO Ó, 2009). Neste sentido, Capelini e Tavares (2016, p. 688), destacam que:

> As práticas de governo se imiscuem em cada pedaço de nossas existências, de modo que somos nós os condutores dos mecanismos de controle/regulamentação da vida em nossas relações cotidianas, passando a operar por meio da fixação de limites entre o normal e o anormal, entre o aceitável e o inaceitável, produzindo padrões de vida, de conduta, de bem viver. Tudo aquilo que não se encaixa dentro de tais limites torna-se marginal, permanecendo, desse modo, à margem de tudo aquilo que é adotado como modo majoritário de vida (CAPELINI; TAVARES, 2016, p. 688).

Para Portocarrero (2009), as técnicas do governamento incidem sobre si e sobre os outros simultaneamente, pois, ao tentar moldar a conduta de um agente externo, muda-se, inevitavelmente, a própria conduta. Tal afirmativa traz consigo a prerrogativa de que o governamento é propriamente uma ideia reguladora que possui um direcionamento moral, uma vez que ela parte do princípio que há uma conduta certa ou mais adequada e uma conduta errada ou menos adequada, ancorando-se nas concepções tidas como verdade na dimensão da racionalidade política (OLIVEIRA, 2016).

O que torna as práticas de governamento de si e dos outros partes da mesma trama de condução das condutas é a sua inter-relação com o poder, em seu entrelaçamento com o saber e com a verdade[11] (FOUCAULT, 2008a). As táticas agenciadas na condução das condutas indexam o saber e a verdade em ferramentas discursivas e performáticas intrincadas e cambiantes e levam à produção naturalizada do comportamento obediente em meio à governamentalidade (AVELINO, 2010), tendo como ponto de chegada a "soberania do sujeito sobre ele próprio" (FOUCAULT, 1994. p. 82).

As táticas de governamento, incidentes sobre si e sobre os outros, concatenam composições específicas e singulares de relações de poder que resultam de processos sociais heterogêneos entre si (OLIVEIRA, 2016), porém, advindos de maquinarias similares alinhadas com a governamentalidade. Enquanto a última, é sustentáculo e sustentada pela racionalidade política, que se pulveriza e se efetiva na sociedade pelos dispositivos, circunspectos de elementos heterogêneos que, de maneira rizomática, exercem o governamento através de táticas e estratégias diversas que visam à condução das condutas (FOUCAULT, 2008a).

Desde modo, aproximar-se de um conceito tão potente como a governamentalidade suscita o aprofundamento em outras ferramentas que permitem a concretização desta maquinaria por meio de um poder que "não coincide nem com uma política, nem com uma pedagogia, nem com uma retórica [...] É uma arte de governar os homens" (FOUCAULT, 2008a, p. 219). Por este motivo, o próximo subcapítulo abordará as relações de poder, buscando melhor

[11]As noções poder e sua interface com o saber e a verdade serão retomadas e exploradas posteriormente.

explicitar como os indivíduos tornam-se sujeitos governáveis e como exercem o governamento.

4.2.2 Poder como Ferramenta e as Ferramentas do Poder

A analítica do poder é, sem sombra de dúvida, uma das dimensões mais potentes que permeiam toda a obra de Foucault. Porém, o poder não pode ser analisado como um elemento isolado, pois este está imerso no campo de relações de onde o mesmo aflora. Partindo desta compreensão, a governamentalidade surge como uma proposta para analisar as relações de poder, entendendo que estas estão alinhadas a racionalidades políticas, sendo parte da dinâmica maquinaria que conduz a conduta do indivíduo e da sociedade (FOUCAULT, 2008c).

Como descreve Foucault (2012a, p. 750), “o poder é essencialmente relacional”, ou seja, ele só existe por meio de trocas entre indivíduos que circulam sob formas discursivas, performáticas e interativas, atuando em rede, “como algo que só funciona em cadeia” (FOUCAULT, 2008c, p. 183). O poder não aparece como um agente externo ao indivíduo, como se este pudesse observá-lo de longe, imune, pois ele “nunca está localizado aqui e ali” (FOUCAULT, 2008c, p. 183), mas sim “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo, e sim, porque provém de todos os lugares” (FOUCAULT, 2006b, p. 103).

Na interface poder-indivíduo, cabe destacar que o poder não opera sobre o indivíduo, mas sim no indivíduo, incluindo cada um “nas suas malhas” (FOUCAULT, 2008c, p. 183). Estando envoltos nas mesmas, “os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer suas ações” (FOUCAULT, 2008c, p. 183).

Porém, nesta condição os indivíduos “nunca são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão” (FOUCAULT, 2008c, p. 183) de algo imaterial, que, por possuir esta característica, “não é algo que se adquire, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar” (FOUCAULT, 2006b, p. 104-5). “Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles” (FOUCAULT, 2008c, p. 183) e “se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis [...]” (FOUCAULT, 2006b, p. 104-5).

Ao detalhar a noção de poder, Foucault (2013a) revela que não existe um objeto natural, unitário e global que possa ser denominado de “o poder”, mas sim formas díspares, mutáveis e constantemente reatualizadas:

> [...] não há algo como “o poder” ou “do poder” que existiria globalmente, maciçamente ou em estado difuso, concentrado ou distribuído: só há poder exercido por “uns” sobre os “outros”; o poder só existe em ato, mesmo que, é claro, se inscreva num campo de possibilidade esparso que se apoia sobre estruturas permanentes. Isto quer dizer também que o poder não é da ordem do consentimento; ele não é, em si mesmo, renúncia a uma liberdade, transferência de direito, poder de todos e de cada um delegado a alguns (o que não impede que o consentimento possa ser uma condição para que a relação de poder exista e se mantenha); a relação de poder pode ser o efeito de um consentimento anterior ou permanente; ela não é, em sua própria natureza, a manifestação de um consenso. [...] [o poder] não é em si mesmo uma violência que, às vezes, se esconderia, ou um consentimento que, implicitamente, se reconduziria. Ele é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos, ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações (FOUCAULT, 2013a, p. 242-43).

Por não possuir uma natureza orgânica, uma essência, substância ou vida própria, sua materialidade emerge por meio de relações de forças que produzem efeitos na sociedade (FOUCAULT, 2008c). São as relações de forças que viabilizam que um indivíduo consiga agir sobre si mesmo, bem como, agir sobre a ação de um ou mais indivíduos, estruturando um campo de condutas que estes podem ter (FOUCAULT, 2013a). Como descreve o Filósofo:

> [...] as relações [de poder] são modos de ações sobre outras ações. Isso quer dizer que as relações de poder estão profundamente enraizadas nas redes de relações formadas pelos indivíduos, e não "acima" da sociedade como se fosse uma estrutura suplementar cuja supressão seria possível ou desejada por alguém. De qualquer forma, viver em sociedade é viver de tal modo que as ações sobre outras ações é possível - e de fato acontece. Uma sociedade sem relações de poder somente pode ser uma abstração (FOUCAULT, 2013a, p. 222).

Por transitar no campo das relações de forças em constante tensionamento, não existe uma conformação invariável que engloba indivíduos dominantes que são detentores do poder, diante de indivíduos submetidos e dominados. Nesta compreensão, clarifica-se a ideia de que o vocábulo poder não se define como um substantivo, mas sim como um verbo que indica a possibilidade de ação, ou, simplesmente uma possibilidade, pois, o “poder se exerce mais do que se possui” (FOUCAULT, 2014b p. 29).

O poder nunca é uma propriedade, “mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas” (FOUCAULT, 2014b p. 29), o que torna seus efeitos resultados de disposições, manobras, técnicas, táticas e funcionamentos que estão sempre em atividade (FOUCAULT, 2014b). Ao abordar as relações de poder, Foucault descreve que as mesmas se materializam em duas dimensões: a macrofísica e a microfísica (FOUCAULT, 2014b). Esta concepção torna-se fértil em seus escritos acerca da governamentalidade, revelando a multidirecionalidade do poder e a integração do Estado e de suas instituições em meio a estas relações (GALLO, 2014).

A dimensão macrofísica centra a noção do poder na figura do Governante (SILVA, 2018), “como se houvesse determinados lugares em que ocorresse uma concentração do poder” (GALLO, 2014, p. 180). A concretização desta perspectiva de análise antevê que o Governante do Estado tenha posse de um poder superior, para que, por meio dele, submeta a sociedade à sua repressão e vontade.

Todavia, este entendimento contrasta com a ideia de democracia, pois neste modelo democrático o “governante é transitório e o poder é centrado nas instituições, porque o governante é transitório enquanto as instituições são permanentes” (GALLO,2014, p.180). A dimensão de macrofísica do poder teria, em virtude das características supracitadas, um efeito muitas vezes negativo e repressivo, afastando a compreensão de poder do campo das possibilidades de ação sobre as ações e aproximando-o da dominação (GALLO, 2014; SILVA, 2018).

A segunda dimensão das relações de poder é denominada microfísica do poder. Esta concepção é um importante deslocamento nos processos de análise, retirando a ideia de poder como algo monopolizado e centralizado no Estado ou no Governante, para um poder que se expressa nas relações sociais, através de micropoderes. O poder – talvez melhor nominado como relações de poder – é algo que está nas periferias, pulverizado nos tecidos sociais e onipresente em todas as estruturas imateriais da sociedade (FOUCAULT, 2008c). Sob esta perspectiva, Foucault analisa que:

> Em primeiro lugar: não se trata de analisar as formas regulamentares e legítimas do poder em seu centro, no que possam ser seus mecanismos gerais e seus efeitos constantes. Trata-se, ao contrário, de captar o poder em suas extremidades, lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no

> ponto em que, ultrapassando as regras de direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violento (FOUCAULT, 2008c, p. 182).

Os micropoderes estão e são parte de todas as relações e interações existentes na vida em sociedade. Não há como escapar do poder, parar de exercê-lo ou livrar-se das consequências desta ferramenta em meio à dinâmica social (GALLO, 2014; SILVA, 2018), uma vez que é o exercício das relações de poder que fazem emergir o que se denomina de sociedade e que torna indivíduos, sujeitos, transpassando-os e compondo-os num nível molecular (MACHADO, 2009).

Ao analisar o nível microfísico, Foucault busca esclarecer que o poder, enquanto relações de forças emergentes numa dinâmica interacional, não possui um caráter negativo, como algo que reprime, constrange ou, até mesmo, emprega violência. Como ele descreve: “é preciso parar de sempre descrever os efeitos do poder em termos negativos: ‘ele exclui’, ele ‘reprime’ ele ‘recalca’, ele ‘censura’, ele ‘abstrai’, ele ‘mascara’, ele ‘esconde’” (FOUCAULT, 2008c, p. 161). O filósofo revela que há positividade nas relações de poder, pois elas são produtoras e transformadoras, uma vez que incitam, encantam, deslumbram e induzem à realização de comportamentos, condutas e práticas por meio do engajamento do sujeito (FOUCAULT, 2008c; FOUCULT, 2013a). Para Benevides e Prestes (2014 p. 277) “o poder flerta, persuade e corteja mais do que obriga e se impõe”.

Ainda neste sentido, Foucault afirma que “se ele [o poder] é forte, é porque produz efeitos positivos a nível do desejo [...] e também a nível do saber” (FOUCAULT, 2008c, p. 148). “O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele [...] induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (FOUCAULT, 2008c, p. 8).

É exatamente o ponto de intersecção do poder com o saber que torna essa ferramenta tão potente e produtiva, capaz de levar ao exercício do governamento e de agenciar os indivíduos para a governamentalidade (FOUCAULT, 2008c). Isso ocorre, pois, o poder age de maneira estratégica e não de forma ideológica, utilizando-se de instrumentos próprios que têm por

finalidade registrar, observar, corrigir e verificar para, ao final, obter a formação e acumulação de saber.

Este assomo não nega a existência da ideologia, mas compreende que o poder não é redutível aos efeitos da mesma. Como afirma o autor: “tudo isso significa que o poder, para exercer-se nestes mecanismos sutis, é obrigado a formar, organizar e pôr em circulação um saber, ou melhor, aparelhos de saber que não são construções ideológicas” (FOUCAULT, 2008c, p. 186).

O saber constitui-se de uma tecnologia que viabiliza o governamento através do poder, tornando possível moldar, instrumentalizar e normalizar[12] a conduta de cada um dos indivíduos e das coletividades. Ou seja, o sustentáculo das estratégias de governamento são “efeitos de saber que são produzidos em nossa sociedade pelas lutas, os choques, os combates que nela se desenrolam e pelas táticas de poder que são os elementos dessa luta” (FOUCAULT, 2008a, p. 5). “Não é possível que o poder se exerça sem saber, não é possível que o saber não engendre poder” (FOUCAULT, 2008c, p. 142).

É o saber que traz inteligibilidade à racionalidade política, forjando a possibilidade de interferir efetivamente sobre a sociedade de modo a guiá-la para melhores condições de subsistência (BELLO; TRAVERSINI, 2011). Neste sentido, Foucault afirma:

> Temos que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve, ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder [...] (FOUCAULT, 2014b, p. 30).

Todavia, a obtenção de um saber, de um conhecimento, não se processa na dimensão dos acasos. Existem elementos distintos que engendram estes processos para além do instinto, como revela o filósofo (FOUCAULT, 2005):

> [...] o conhecimento não é da mesma natureza que os instintos, não é como o refinamento dos próprios instintos. O conhecimento tem por fundamento, por base e por ponto de partida os instintos, mas instintos em confronto entre si, de que ele é apenas resultado, em sua superfície. O conhecimento é como um clarão, como uma luz que se irradia, mas que é produzido por mecanismos ou realidades que são de natureza totalmente diversa. O conhecimento é o efeito dos instintos, é como um lance de sorte, ou como o resultado de um longo compromisso (FOUCAULT, 2005, p. 17).

[12] O conceito de normalização será trabalhado no próximo subcapítulo.

O processo de produção de saberes e de conhecimento não possui neutralidade em relação aos indivíduos, pelo contrário, estes perpassam a invenção do mundo e do sujeito (KASTRUP, 1999). Isto se dá, pois, "o poder não para de nos interrogar, de indagar, registrar e institucionalizar [...]" (FOUCAULT, 2008c, p. 180) para efetivar os meios de produção do saber. Há de se considerar ainda que a gênese do saber também se dá por meio da atividade laboral e cognitiva dos indivíduos e que estes estão ininterruptamente imersos em relações de poder tensionadas por racionalidades políticas (FOUCAULT, 2014b), como revela:

> "poder-saber" não devem ser analisadas a partir de um sujeito de conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema de poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas (FOUCAULT, 2014b, p. 30).

Esta afirmação abarca a dimensão dos saberes científicos, determinados por indivíduos cientistas, sujeitos produzidos em relações de saber-poder. Ou seja, desenvolver saberes científicos é revelar ao mundo algo inteligível já alinhado com as racionalidades políticas, num campo de poder-saber, sejam estes convergentes ou divergentes com outros saberes (FOUCAULT, 2012b).

> Resumindo, não é a atividade do conhecimento que produziria um saber, útil ou arredio ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas queo atravessam e o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento (FOUCAULT, 2014b, p. 30).

É este conhecimento pensado, projetado e maquinado por cientistas assujeitados[13] que apresenta as receitas necessárias para conduzir e domesticar os indivíduos, em suma, governá-los (RAMOS DO Ó, 2009). Porém, para dirimir a parcialidade política do saber científico, este utiliza de estratégias discursivas

que lhe conferem neutralidade, sendo uma das principais o domínio da estatística, uma vez que os números podem se apresentar sem emitir opinião, ou, ao menos, sem revelá-la às claras (FOUCAULT, 2010d; FOUCAULT, 2012b).

Ao adentrar o campo da neutralidade, o saber, dentre eles o científico, se reforça como verdade (FOUCAULT, 2005). Originária do grego, *aletheia*, o vocábulo "verdade" significa "o não oculto", "não escondido", "não dissimulado", o que tem a sua manifestação visível aos olhos do corpo e do espírito. Esta

[13] O conceito de assujeitamento será trabalhado no próximo subcapítulo.

concepção opõe-se ao falso, *pseudos*, equivalente a algo que está escondido, encoberto, dissimulado, o que é de uma forma diferente do que parece ser. Concebe-se que o saber que pode ser classificado como verdade está sempre em evidência, circulando como elemento de inteligibilidade da racionalidade política e, por meio de muitos dispositivos agenciados nesta engrenagem, alcança nossa razão, nosso intelecto e nossa moral (GARCIA, 2001).

A verdade tem sua gênese do "conflito" dos saberes e aflora como resultado do "acordo" entre as partes conflitivas (FOUCAULT, 2005). Porém, este "acordo" que encerra o "conflito" não dá aos saberes o mesmo status de verdade. Pelo contrário (FOUCAULT, 2008c). O saber que recebe o título de verdadeiro passa a exercer domínio sobre a outra parte (FOUCAULT, 2005).

Este contexto ocorre em virtude da existência de um conjunto de regras para que um saber possa emergir do "conflito" como verdade. São estes regramentos baseados em outros saberes que permite a um saber sair como "vencedor" deste "conflito", refutando, mesmo que parcialmente ou momentaneamente, o "perdedor". Estas relações de forças que sustentam e corrompem saberes, caracterizam o que Foucault denominou como "jogos da verdade" (FOUCAULT, 2008c):

> Quero dizer que em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir dessa dupla exigência. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-los através da produção da verdade. E isto vale para qualquer sociedade, mas creio que na nossa as relações entre poder, direito e verdade se organizam de uma maneira especial (FOUCAULT, 2008c, p. 179).

Partindo do princípio que denominamos como "verdade" algo que transita na ordem da criação/invenção humana, compreende-se que não há conhecimento em si, neutro, apolítico (FOUCAULT, 2008c). Não é o conhecimento que explica a realidade e a que descreve como ela de fato é. O conhecimento constrói a realidade, induz, produz e modifica o que chamamos de real, de acordo com relações de forças, de lutas e de dominação que se

estabelecem nos “jogos da verdade”[14] (FOUCAULT, 2005). Assim sendo, o que denominamos verdade “só pode ser uma violação das coisas a conhecer e não percepção, reconhecimento, identificação delas ou com elas” (FOUCAULT,2005, p. 18).

Determinadas formas discursivas e enunciações tidas como verdades, ou seja, imbricadas em relações de poder, funcionam como dispositivo, caracterizando o que Foucault (2008c) denomina como regime de verdade:

> [...] tipos de discursos que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos; a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2008c, p.12).

Esta conjuntura em que o saber se torna verdade e a verdade torna-se dispositivo concatena estes elementos para o governamento, engendrado em uma governamentalidade. Mas, como mencionado anteriormente, a maquinaria da governamentalidade tece estratégias de engajamento dos indivíduos e não de submissão coercitiva. Assim sendo, os regimes da verdade presentes nesta dinâmica passam pelo mesmo processo de “aceitação”[15] dos indivíduos e da sociedade (FOUCAULT, 2008a):

> Para que esse regime de verdade seja aceito é preciso que o sujeito que pensa seja qualificado de uma certa maneira. Quer dizer que esse sujeito pode muito bem ser submetido a todos os erros possíveis, a todas as ilusões possíveis dos sentidos; esse sujeito pode mesmo ser submetido a um mau raciocínio que o engana. Não obstante, existe uma condição. Para que a máquina funcione, e para que o “portanto” do “eu penso, portanto existo” seja um valor provável, é preciso vinculá-lo a um sujeito que possa dizer: quando isso for verdadeiro, e evidentemente verdadeiro, eu me inclinarei! É preciso de um sujeito que possa dizer: “é evidente portanto eu me inclino!” [...] esse “portanto” não pertence à lógica: não é a verdade da proposição que o constrange efetivamente; é porque ele é lógico, ou melhor, é na medida em que ele faz lógica [...]. Quer dizer, é porque ele se constituiu a si mesmo ou porque ele foi convidado a se constituir como operador, num certo número de práticas ou como parceiro num certo número de jogos e encontrando nesse jogo uma lógica tal, é nestes termos que o verdadeiro será considerado como um vínculo em si mesmo, e sem outra consideração, com valor constringente (FOUCAULT, 2010b, p. 73-4).

[14] Foucault emprega o termo “políticas de verdade” como sinônimo de “jogos de verdade” (FOUCAULT, 2005).

[15] Optou-se pela relativização do termo “aceitação” apoiando-se nos conhecimentos trazidos pelas teorizações foucaultianas acerca da subjetivação e assujeitamento – elementos que serão detalhados no próximo subcapítulo.

A verdade, introjetada pelo e no indivíduo, torna-o governável e também elemento de dispositivos no governamento do(s) outro(s) de modo alinhado com a racionalidade política com a qual a verdade está concatenada (FIMYAR, 2009). A importância da verdade consiste na força que esta possui. A verdade emerge como instrumento constitutivo de relações de dominação e sujeição, ou seja, uma relação de poder também ao nível do conhecimento – relembrando que do conhecimento é produzida e fabricada a realidade e não o contrário (FOUCAULT, 2005). Assim sendo, as relações de poder e de governamento, existem em meio a uma economia de verdades, práticas e instituições, que não somente o determinam, mas o fazem funcionar (FOUCAULT, 2008a; FOUCAULT, 2008c).

No campo de forças, no qual a verdade se insere, fazem-se presentes outras maquinarias provenientes do arcabouço que compõe seu elemento inicial, que é o saber, e que terão igual importância nas relações de poder estabelecidas na governamentalidade (FOUCAULT, 2008a). A partir de distintos mecanismos de produção de saber e suas métricas, incluindo a estatística, a sociologia, as ciências médicas, dentre outras, vão sendo produzidos padrões para os modos de ser em sociedade, que são tidos como “verdades”, os “modos verdadeiramente certos de ser” que, posteriormente, sustentam políticas de intervenção com o objetivo de controlar e regular cada um dos indivíduos para que permaneçam dentro deste padrão[16] (FONSECA, 2012).

Para que o poder nato da verdade e proveniente de um saber adentre as relações entre os indivíduos, este precisa ser agenciado e circular na sociedade. Este mecanismo se processa por meio do discurso (FOUCAULT, 2009). Como afirma o filósofo, “o discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos” (FOUCAULT, 2007, p. 49).

O discurso, seja este das mais variadas formatações, não pode ser entendido como um fenômeno que caracteriza uma mera expressão de algo através da utilização de letras, palavras, frases, imagens e comportamentos. O dito e o não dito. As formas discursivas apresentam regularidades intrínsecas a

[16] Foucault (2008a) denomina as dimensionalidades destes mecanismos como normação e normalização. As mesmas serão exploradas em subcapítulo posterior que versar acerca das formas de poder sobre a vida.

si mesmo, que lhe configuram como uma rede conceitual própria, provinda de um regime de verdade (FISCHER, 2001). Como descreve Foucault:

> [...] não mais tratar os discursos como sendo signos (elementos significantes que remetem a conteúdos), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse "mais" que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 2012b, p. 5).

O trecho supracitado denota a importância desse "mais [...] que é preciso descrever" (FOUCAULT, 2012b, p. 5): o poder. O discurso, manifesto à verdade, revela uma relação de força, um processo de dominação, mas também um anseio pelo poder. Não existe saber desconexo do poder e a sua intersecção se dá no discurso. Este é o ponto de união e efetivação do poder com o saber (FOUCAULT, 2005). Em síntese, todas as formas discursivas, oriundas das mais distintas fontes da malha social, podem ser caracterizadas como regimes de verdade que funcionam, possuem força e governam, pois todo o discurso adjetivado como verdadeiro é portador de poder (FOUCAULT, 2008c).

É o emaranhado que abarca poder, saber, verdade e discurso que torna estas ferramentas tão potentes. É o conjunto delas que permite conduzir as condutas sem que haja coerção, mas sim o engajamento dos indivíduos (FOUCAULT, 2008a). O regime de verdade se estabelece no comprometimento e engajamento do indivíduo com o que é verdadeiro, assim como com os procedimentos de manifestação do verdadeiro (AVELINO, 2010).

Este movimento se dá na medida em que as relações de poder agem no indivíduo e seu corpo, produzindo sobre o mesmo e gerando novos efeitos de verdade. O indivíduo se torna sujeito como resultado das dinâmicas de interação desses saberes, práticas e efeitos engendrados em ações instáveis e mutáveis de objetivação, subjetivação e assujeitamento (FOUCAULT, 2008c) – tema do próximo subcapítulo.

4.2.3 Objetivação, Subjetivação e Assujeitamento: A maquinaria para produção de sujeitos governáveis

Como já mencionado anteriormente, as teorizações Foucaultianas têm como seu grande objetivo a analítica dos movimentos de produção do sujeito

(FOUCULT, 2013a). Mas não se trata de um sujeito qualquer. O sujeito analisado é aquele que emerge de relações de poder que se processam ao redor do corpo, sobre o corpo, no corpo e do corpo, em projeções para o exterior e para o interior (VEIGA-NETO, 2005).

O corpo mostra-se como uma obra de arte. Em momentos parece estar em branco. Em outros, uma obra inacabada. Mas é, em suma, pintada e repintada nas relações de poder que, mesmo debruçadas ininterruptamente sobre a obra, nunca a concluem. Mas a pintura de forças sobre o corpo não visa "unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que, no mesmo mecanismo, torna-o tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente" (FOUCAULT, 2014b). Nas palavras do filósofo:

> O corpo: superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto que a linguagem os marca e as idéias os dissolvem), lugar de dissolução do Eu (que supõe a quimera de uma unidade substancial), volume em perpétua pulverização. A genealogia [...] está, portanto, no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo (FOUCAULT, 2014b, p. 22).

O corpo se mostra como um campo de múltiplas forças, sejam elas convergentes ou antagônicas. É o corpo, antes de tudo, a matéria para a existência de relações de força (SILVEIRA, 2007). O corpo é do indivíduo e, em meio às relações de poder, o indivíduo se torna sujeito.

> Pensamos em todo caso que o corpo tem apenas as leis de sua fisiologia, e que ele escapa à história. Novo erro; ele é formado por uma série de regimes que o constroem; ele é destroçado por ritmos de trabalho, repouso e festa; ele é intoxicado por venenos – alimentos ou valores, hábitos alimentares e leis morais simultaneamente; ele cria resistências (FOUCAULT, 2014b, p. 27).

Sem imunidade à trama de forças que o cerca e engole, o corpo é docilizado e adestrado, até que o indivíduo se torne sujeito (FOUCAULT, 2014b). Foucault (2001, p.1046) traz "dois sentidos da palavra 'sujeito': sujeito submetido a um outro pelo controle e dependência, e sujeito preso à sua própria identidade pela consciência ou pelo conhecimento de si". Os sentidos atribuídos ao sujeito não escapam das racionalidades políticas que sustentam as governamentalidades nas quais ele é sustentáculo e objeto, abarcando os movimentos de objetivação e subjetivação, bem como o assujeitamento (SILVA; MELLO, 2011).

A objetivação e a subjetivação funcionam de maneira dinâmica e paralela, em formas que escrevem acerca do corpo, escrevem no corpo e se inscrevem no corpo (FOUCAULT, 2004b):

> Importante destacar, o sujeito é pensado em duplo aspecto: como sujeito da ação (de conhecer, de exercer poder), mas também como objeto da ação (sujeito humano que é conhecido como objeto de um saber científico, sujeito submisso a um poder); o que significa que os processos de subjetivação (de constituição de sujeitos) são também processos de objetivação. O sujeito não pode ser pensado, tematizado, abordado, senão como resultante deste feixe de processos, às vezes, contraditórios entre si (GALLO, 2017, p. 79).

A objetivação engloba movimentos que colocam o sujeito como objeto de análise, o que acaba tendo por consequência a produção de conhecimento – discurso, verdade – acerca desse sujeito-indivíduo-corpo. Uma ação de olhar por meio de projeção externa. Um olhar de fora (FOUCAULT, 2004b). Gallo (2017) detalha os modos de objetivação em três dimensões. A primeira abarca a ciência, que analisa o sujeito e suas ações. Esta dimensão interpreta o sujeito- indivíduo-corpo em suas distintas inserções nas relações de poder que se processam na sociedade. Ou seja, a sociedade é vislumbrada em sua similitude como um "laboratório de pesquisa" vívido e mutável, onde o sujeito é moldado àmedida que molda o próprio "laboratório" (GALLO, 2017).

A segunda refere-se a práticas de classificação dos seres humanos em diferentes categorias como, por exemplo, normais e anormais, doentes e sadios, etc. Já a terceira forma de objetivação "pode ser percebida numa autoposição do sujeito, isto é, a maneira pela qual um ser humano se transforma em sujeito e age sobre si mesmo" (GALLO, 2017, p. 79).

Estes movimentos de objetivação agenciam a dimensão da subjetivação, pois: "os processos de subjetivação são constituídos pelos modos de objetivação que atravessam os sujeitos" (FREITAS; SILVEIRA, MASCIA, 2017, p. 581). Tal conjectura é primordial para a pulverização do exercício da governamentalidade em meio ao tecido social, o que envolve um governamento à distância (ETTLINGER, 2011). Isto se dá, pois, a subjetivação produz uma realidade no interior do sujeito (FOUCAULT, 2006c).

A subjetivação abarca, dentre outros aspectos, um movimento de internalização de constructos, talvez inicialmente externos, equivalentes a saberes, verdades, vocábulos e enunciações produzidos por meio de objetivações, além de interconexões, métodos e linhas de força. De maneira

complexa estes transpassaram o sujeito, deixando resíduos que passam a compor o mesmo, produzindo uma nova realidade interna e interferindo em suas relações de poder com o outro e consigo mesmo (ROSE, 2011).

Inicialmente, Foucault trabalhava a subjetivação como efeito de "uma trama cerrada de coerções" (2006b, p. 222), porém, ao adentrar as teorizações sobre governamentalidade, este apresenta uma nova perspectiva que abarca a ideia de "como se tornar sujeito sem ser sujeitado" (FOUCAULT, 2008a, p. 310). Esta última compreensão explora a ideia de subjetivação concomitantemente com a sujeição[17] (NETO, 2015).

Os movimentos de subjetivação se caracterizam pela processualidade engendrada num plano histórico e político, de múltiplas atualizações das racionalidades políticas (SILVA; MÉLLO, 2011). A subjetivação se faz nos contatos com aqueles e com aquilo que circunscreve o sujeito e acaba se inscrevendo sobre ele. Ou seja, é da dimensão social pulverizada de fragmentos da racionalidade política que emanam dos dispositivos, que são produzidos e atualizados os modos de vida – os modos "certos" de se viver, pautados em saberes-verdades (MANSANO; CARVALHO, 2015). Neste sentido, Foucault (2016, p. 13) afirma que a subjetivação não se trata apenas da relação "que temos com nossa própria individualidade, mas a que temos com os outros, na medida em que também são nós mesmos".

Cabe, ainda, o entendimento de que a subjetivação "pressupõe um trabalho [...] realizado, na maioria das vezes, de si para si mesmo" (FOUCAULT, 2006c, p. 29), que possui como tônica desse processo o modo como o sujeito "se relaciona consigo mesmo" (FOUCAULT, 2004b, p. 236). Neto (2017, p. 18) ao abordar este aspecto processual revela que:

> Não é uma espontaneidade, mas um conjunto de ações trabalhosas, exigentes, que por vezes exigem um custo pessoal. Este trabalho é realizado como atividade de si para consigo, em interação com um conjunto de elementos que o envolvem e o atravessam (NETO, p. 18).

Na mesma simbiose que incluem os movimentos de objetivação, que produz verdades; os movimentos de subjetivação, onde as verdades transpassam, se enraízam, o moldam o indivíduo e o atualizam às racionalidades

[17] Esta dimensão será retomada e detalhada posteriormente neste subcapítulo.

políticas, aflora, também, o assujeitamento (GALLO, 2017). Como afirma Gallo (2017, p. 82):

> O processo de assujeitamento não é a produção de sujeitos puramente submetidos; o assujeitamento é a objetivação, o sujeito tomado como alvo – e efeito – das relações de poder que fazem com que ele seja constituído enquanto sujeito (GALLO, 2017, p. 82).

Neste sentido, Tótora (2017, p. 255) traduz esta compreensão foucaultiana nas seguintes palavras: “o sujeito é um produzir-se em relação consigo e com o mundo. Trata-se de uma subjetividade corporal atravessada por relações de forças múltiplas que se hierarquizam em perspectivas variadas”. Na busca pelo entendimento acerca da constituição do sujeito, o filósofo destaca que (FOUCAULT, 2013b):

> [...] não basta afirmar que o sujeito é constituído num sistema simbólico. Não é somente no jogo dos símbolos que o sujeito é constituído. Ele é constituído em práticas verdadeiras - práticas historicamente analisáveis. Há uma tecnologia da constituição de si que perpassa os sistemas simbólicos ao utilizá-los (FOUCAULT, 2013b, p. 275).

Assumindo que a fabricação do sujeito se efetiva em meio às relações de poder, estas não podem ser reduzidas a processos de institucionalização do “eu”, como algo pronto que é entregue ao indivíduo, para que este internalize e molde-se a partir deste ponto. Para melhor explorar esta ideia, Foucault apresenta teorizações acerca das “tecnologias de si”, que correspondem à forma como o sujeito se relaciona consigo mesmo, colocando-se como objeto para si próprio, ou seja, analisando-se através da objetivação e fazendo funcionar certas operações com relação a ele mesmo (FOUCAULT, 1997).

Esta dimensão inclui “[...] os procedimentos, [...], pressupostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins (FOUCAULT, 1997, p. 109). Todavia, tal prática só obtém sucesso “graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si” (FOUCAULT, 1997, p. 109). Nas palavras de Larroza (1994, p. 43), estas “tecnologias de si” são guiadas por saberes e verdades contidos nas racionalidades políticas que compõe a inteligibilidade da malha social a qual o sujeito pertence, levando a uma “experiência de si” em meio a um jogo de verdades que o circunscrevem. Para o autor a “experiência de si” é:

> [...] o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade. [...] A experiência de si,

> historicamente constituída, é aquilo a respeito do qual o sujeito se oferece seu próprio ser quando se observa, se decifra, se interpreta, se descreve, se julga, se narra, se domina, quando faz determinadas coisas consigo mesmo etc. E esse ser próprio sempre se produz com relação a certas problematizações e no interior de certas práticas (LARROSA, 1994, p. 43).

Como afirmado, o "sujeito se constitui através das práticas de sujeição (assujeitamento) [...]" (FOUCAULT, 2004b, p. 291). Não obstante, este movimento se dá "a partir, obviamente, de um certo número de regras, de estilos, de convenções que podemos encontrar no meio cultural" (FOUCAULT, 2004b, p. 291). E este aspecto torna-se essencial na governamentalidade, uma vez que, ao agenciar as "tecnologias de si", somam meios para o "governo de si" (FOUCAULT, 1997, p. 109). Assim sendo, ao serem transpassados de modo sutil, porém maciço, pelas subjetividades, os indivíduos assujeitam-se às verdades, tornando-se voluntariamente aderidos a elas – e aos modos "certos de viver" que elas prescrevem – o que inclui ser autovigilante, atento e conciso em relação às próprias vontades, ações e manutenção do engajamento (BENEVIDES, 2013).

Cabe salientar que os movimentos de objetivação, subjetivação e assujeitamento – dinamicamente integrados – bem como seus desdobramentos sobre o próprio ser, não são amorfos às racionalidades políticas que costuram o tecido social. A maneira como os sujeitos estão inseridos nesta trama condiz a esquemas mais ou menos racionalizados que prescrevem a existência do indivíduo, atrelada a certos objetivos que delimitam posições identitárias – honra, boa conduta, civilidade, disciplina, eficiência, harmonia, sucesso, masculinidade, feminilidade, etc. Estas posições identitárias demarcam-se no corpo por meio de diferentes dispositivos, em dinâmicas de subjetivação e assujeitamento que, sistematicamente, compelem o indivíduo a se identificar e agir em função das mesmas, espraiando-se na constituição do sujeito (ROSE, 2001a), mas principalmente, viabilizando o exercício do governamento sobre este (ROSE, 2001b). Ao encontro deste entendimento, Tótora afirma:

> Primeiro, uma individuação por sujeição ou por se deixar conduzir por regras de outrem, configurando uma rede contínua de obediências; segundo, tornar-se alvo de uma identificação analítica por meio da circulação de prêmios e recompensas pela maneira como se comporta sob o efeito de uma conduta; terceiro, uma subjetivação por um movimento duplo de extração de uma verdade interior que lhe é imposta (TÓTORA, 2017, p. 250).

A conjuntura apresentada suscita um dos significados de governamentalidade descritos por Foucault (2004a): “esse contato entre as tecnologias de dominação sobre os outros e as tecnologias de si”, o que, para Aquino e Ribeiro (2009, p. 60) pode ser interpretado como “objetivação do sujeito, no primeiro caso [tecnologias de dominação]; subjetivação, no segundo [tecnologias de si]”.

Estas relações de forças – e tecnologias de si – que subjetivam e assujeitam não são práticas coercitivas e violentas. Subjetivar-se e assujeitar-se não é curvar-se a forças externas e de si para si mesmo. Sempre há possibilidade de resistir a forças, optando por outras (SILVA; MÉLLO, 2011). Há possibilidade de exercer a autonomia, mas esta deve ser “pensada como prática de autogoverno”, proveniente da liberdade e efetivada por práticas de resistência (NETO, 2017, p. 15).

4.2.4 Liberdade e resistência: ferramentas essenciais

Liberdade e resistência são elementos essenciais à governamentalidade e se espraiam em todas as conjecturas da mesma: racionalidade política, governamento, poder, saber, verdade, objetivação, subjetivação e assujeitamento (CASER; LOUZADA; SILVA, 2015). É no âmago da perspectiva da governamentalização e seus desdobramentos em relações de poder que a liberdade e a resistência existem e se fazem necessárias: “No centro da relação de poder, ‘provocando-a’ incessantemente, encontra-se a recalcitrância do querer e a intransigência da liberdade” (FOUCAULT, 2013a, p. 245).

Como apresentado por Foucault no texto *O sujeito e o Poder*, em 1982 (FOUCAULT, 2013a), a liberdade é critério *sine qua non* para o exercício do poder. Estes dois elementos estabelecem um jogo de retroalimentação e de mútua provocação:

> O poder é exercido somente sobre sujeitos livres e apenas enquanto são livres. Por isto, nós nos referimos a sujeitos individuais ou coletivos que são encarados sob um leque de possibilidades no qual inúmeros modos de agir, inúmeras reações e comportamentos observados podem ser obtidos (FOUCAULT, 2013a, p. 90).

A liberdade traz consigo um “campo de possibilidade em que diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem

acontecer" (FOUCAULT, 2013a, p. 244). Este contexto de dimensões exequíveis abarca espaços de decisão sobre a própria conduta, para a condução de si (CASER; LOUZADA; SILVA, 2015). Trata-se, portanto, de vetores que incitam a insubordinação e a resistência e que, por isso, trazem consigo o âmbito da criação, tanto de linhas de escape para as investidas de forças como, também, de novas coordenadas e investimentos para o fortalecimento do poder (AQUINO; RIBEIRO, 2009).

Sob esta perspectiva, Foucault (2013a) faz a ressalva de que, numa relação em que a liberdade não se faz presente, impossibilitando reações e realinhamentos das forças dinamicamente, não há o estabelecimento de uma relação de poder, mas sim de uma relação de violência e de constrangimento físico:

> [...] não há confrontação face a face entre poder e liberdade, que são mutuamente excludentes (a liberdade desapareceria sempre que opoder fosse exercido), mas uma interação muito mais complicada. Nessa relação, a liberdade pode aparecer como condição para exercício do poder (simultaneamente sua pré-condição, já que a liberdade precisa existir para o "poder" ser exercido, e seu apoio, uma vez que sem a possibilidade de resistência, o poder seria equivalente à determinação física) (FOUCAULT, 2013a, p. 90).

Por serem pares que coexistem nas mesmas relações, poder e liberdade "impõe limites estritos à lógica da dominação, decretando a necessidade de o poder acionar movimentos incessantes de (auto)regulação" (AQUINO; RIBEIRO, 2009, p. 62). Esta condição possui relação com a possibilidade de falibilidade do poder, o que, de modo engenhoso, dinâmico e perspicaz, lhe confere vigor. Assim, a via arterial que nutre as estratégias de controle existentes na perspectiva da governamentalidade – táticas de governamento alinhadas com uma racionalidade política – provém da liberdade, da insubmissão e dos movimentos fatídicos que podem advir dela (FOUCAULT, 2012a).

A leitura feita por Castro (2004, p. 201) acerca das teorizações sobre liberdade lhe permite a afirmação: "*la noción foucaultiana de libertad se sitúa, en primer lugar, en el abandono de este mito humanista de una esencia del hombre. La libertad foucaultiana no es del orden de la liberación, sino de la constitución*". Este constructo abarca a dimensão do cuidado de si como elemento central, pois o mesmo "visa administrar bem o espaço de poder presente em qualquer relação, ou seja, administrá-lo no sentido da não-dominação" (FOUCAULT, 2004b, p. 271).

Todavia, Foucault faz a ressalva de que, diferentemente do que possa parecer inicialmente, a liberdade não pode ser entendida como uma possibilidade de escolha ou o exercício da autonomia de forma imparcial e apolítica. Pelo contrário: a ativação de diferentes poderes-saberes-verdades, engendrados em distintas racionalidades políticas, faz com que cada vez mais o exercício da liberdade se dê de maneira subjetivada (FOUCAULT, 1997):

> Precisávamos analisar a maneira pela qual a liberdade foi associada à ideia de escolha, porque governar moldando, modulando e regulando atos de escolha, sob o slogan de liberdade, tornou-se um elemento crucial nas estratégias de governo. [...] esse estilo de pensamento envolvia um entendimento particular do que os seres humanos são: que os seres humanos são livres, e que deveriam ser libertados: eles deveriam ser libertados da dependência e das expectativas de que outros cuidariam de suas vidas; neles deveria ser incutida a capacidade para escolher, com a crença de que suas vidas seriam, de uma forma ou de outra, o resultado destes atos de escolha. Eles foram, como afirmei, obrigados a ser livres. Atos de livre escolha tornaram-se cruciais [...] em sua forma mais extrema, o ato individual de escolha iria substituir a vontade das autoridades governantes em quase todas as esferas da vida (CARVALHO; LIMA, 2016, p. 802).

Esta é uma estratégia da governamentalidade, que busca tornar a liberdade intimizada e autorregulatória (AQUINO; RIBEIRO, 2009). Nesta compreensão, a liberdade subjetivada torna-se um poderoso slogan de possibilidades e modos de ser e viver, porém todos alinhados com as racionalidades políticas, muitas delas governamentais (CARVALHO; LIMA, 2016). “Daí a maquinaria contemporânea da libertação, transformando a liberdade, paradoxalmente, num estado subjetivo essencialista e, por isso, território de disputa” (AQUINO; RIBEIRO, 2009, p. 63).

Uma das possibilidades da manifestação da liberdade se dá por meio das resistências. Estas são maneiras de contestar o que é imposto pelas práticas de governamento, seja nas relações diretas entre os sujeitos que movem as engrenagens dos dispositivos ou nos movimentos sutis de subjetivação que vêm de múltiplos vetores que compõem a cultura do tecido social. As resistências não podem ser compreendidas como grandes formas de libertação e fuga, mas como pequenas e singelas ações do cotidiano que se caracterizam por escapar do que lhe fora determinado como conduta a seguir (FOUCAULT, 2012a).

“As resistências se dão no interior das relações de poder. Pois onde existe poder existe resistência” (FOUCAULT, 2006b, p. 91). Assim sendo, pode-se afirmar que a resistência não corresponde a um elemento ou agente externo o

qual incidiria sobre a relação como uma força autônoma. A resistência é, em sua gênese, a possibilidade do poder (FOUCAULT, 2008c), como melhor esclarece o autor:

> [...] não existe [...] um lugar da grande recusa – alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário. Mas sim resistências no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder. [...] As resistências não se reduzem a uns poucos princípios heterogêneos; mas não é por isso que sejam ilusão, ou promessa necessariamente desrespeitada. Elas são o outro termo nas relações de poder; inscrevem-se nestas relações como o interlocutor irredutível (FOUCAULT, 2006b, p. 89).

Admitir que há possibilidade de resistência é, de maneira concreta, considerar que o poder não é absoluto e infalível, ou que ele possui a capacidade de deixar imobilizados aqueles sobre os quais ele recai. Como melhor abordado em capítulos anteriores, a condição/ação de poder é algo pulverizado em todo o tecido social, sempre instável e mutável. Não há um poder irresistível, onipotente e onipresente (FOUCAULT, 2008c). Assim sendo, "não coloco uma substância da resistência face a uma substância do poder. [...] Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa (FOUCAULT, 2008c, p. 241). No mesmo entendimento, Tótora complementa:

> [...] resistir não se reduz à reação ou mudança dos procedimentos de conduzir ou ser conduzido. Resistir pode ser curto-circuitar o próprio funcionamento do mecanismo, colapsar uma relação de poder sem visar qualquer alternativa que se pretenda universal. Esvaziar sem ocupar. Lançar-se ao aberto do acontecimento em que circulam afetos e intensidades e o impensável no pensamento (TÓTORA, 2017, p. 254).

O exercício da resistência abre as portas para outras possibilidades, para o estabelecimento de novas linhas de forças e o redirecionamento das existentes. Isto se dá, pois, as resistências "têm como objetivos, outra conduta, isto é: querer ser conduzido de outro modo, por outros condutores, outros pastores, para outros objetivos, e para outras formas de salvação, por meios de outros procedimentos e de outros métodos" (FOUCAULT, 2008a, p. 256-7). Esta realidade também se espraia sobre condução da própria conduta, visto que a resistência também pode opor "uma maneira de pensar sobre si mesmo, contra outra maneira de se pensar sobre si mesmo. Uma forma de julgar a si mesmo contra outra forma de julgamento de si" (CARVALHO; LIMA, 2016, p. 804).

Ao estabelecer uma relação de poder em uma tentativa de conduzir as condutas, deve-se considerar a contraproducência. A ação que visa conduzir as condutas torna o sujeito que a pratica um expectante diante da possibilidade de resistência, visto que há “uma correlação imediata entre conduta e contraconduta” (FOUCAULT, 2008a, p. 258).

A contraconduta materializa-se como uma atitude crítica, como denomina Foucault (1990), demonstrada como a recusa de ser governado. Da atitude crítica decorrem fragmentos de liberdade e autonomia, porém sempre efetivadas em relações de força. A atitude crítica perpetua a instabilidade e dinamicidade do poder, trazendo ao sujeito crítico a capacidade de estremecer ou legitimar os arcabouços teóricos que buscam convalidar práticas de poder e estremecer ou legitimar os efeitos de poder oriundos de determinados saberes-verdades (FOUCAULT, 1990).

Poder, liberdade e resistência, reciprocamente constituídos e mutuamente constituintes, são comitentes dos elementos que instauram e sustentam os processos de governamentalidade, para os quais investem e dos quais são investidos, garantindo vias de governamento, dentre elas as que se referem à gestão da vida (AQUINO; RIBEIRO, 2009).

4.2.5 Biopoder e Governamentalidade: ferramentas para a gestão da vida

O conceito de governamentalidade apresentado por Foucault apreende as relações de poder existentes no plano individual e na trama social. Por possuir esta característica, a governamentalidade transpassa os sujeitos e as coletividades de múltiplas maneiras, tendo alcance sobre todas as arestas que os compõe, o que lhe permite não apenas subjetivar suas escolhas e comportamentos e assujeitar seu modo de ser, mas sim, gerir globalmente sobre a vida (RAMOS DO Ó, 2007).

Foucault denomina este poder que incide sobre a vida de Biopoder (FOUCAULT, 2008a). Nesta tecnologia, a racionalidade política direciona-se fundamentalmente sobre a vida, em suas múltiplas dimensões (FONSECA, 2012), de modo singular e plural, por meio dos mesmos processos de governamento, materializados por distintos dispositivos, tecnologias e táticas (RAMOS DO Ó, 2007).

A ideia de gestão da vida surge como uma estratégia de governabilidade do Estado, que passa a desenvolver uma série de intervenções políticas com objetivos bem específicos (FONSECA, 2012). Assim sendo, a gestão da vida não surge como uma prática filantrópica, mas sim, na intencionalidade de dirimir aquilo que, de alguma maneira, pudesse afetar negativamente os indivíduos e interferir em sua vida, afetando por fim, sua força de trabalho. Como afirma Revel (2006, p. 56): “vida vale porque é útil; mas ela só é útil porque é, ao mesmo tempo, sã e dócil, ou seja, medicalizada e disciplinarizada”.

Para Revel (2006) e Maia (2011), as dimensões do Biopoder são transversais na obra de Foucault, mesmo que, por vezes, o emprego do vocábulo não ocorra. Ao aprofundar seus estudos acerca da genealogia do poder, Foucault passa a explorar as tecnologias e forças postas em funcionamento pelos reinados europeus nos séculos XVI e XVII para o gerenciamento dos indivíduos. As relações entre o poder e corpo vívido, de modo individual, são exploradas geminarmente nas obras iniciais da fase da Genealogia do Poder. A dimensão plural, que abarca o corpo molar do coletivo de indivíduos, é explorada posteriormente por Foucault, ainda na mesma fase (MAIA, 2011).

O exercício do Biopoder teve sua gênese em dois movimentos distintos. Inicialmente, houve o processo de medicalização do estado, tornando-o gestor do bem imaterial denominado saúde, o que incluía a gerenciamento dos coletivos de indivíduos e dos espaços ocupados por eles. Após o movimento de medicalização da gestão estatal, os saberes-verdades que se constituíram neste processo, passaram a ser usados para subjetivar, objetivar e novamente subjetivar, em ciclos ininterruptos e sobrepostos, viabilizando práticas de governamento aplicadas sobre os indivíduos nos espaços urbanos. As ações incluíam leis e regulamentos relacionados a higiene dos ambientes, arejamento, urbanismos, saneamento, alimentação e outros métodos de vigilância em saúde voltadas ao corpo e aos corpos (LEMOS et al., 2016).

Este processo só ocorre, pois, o corpo – substância que detém a vida singular e plural – torna-se elemento do exercício de poder, como afirma Foucault:

> [...] o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o suplicam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização

> econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas emcompensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é tambémum instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso (FOUCAULT, 2014b, p. 28).

Ao adentrar o campo político, o corpo e sua vida podem ser geridos. É neste contexto que se materializa o Biopoder: “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (FOUCAULT, 2008a, p. 3).

Os mecanismos e técnicas de poder que se projetam sobre a vida acabam tendo duas funções distintas e complementares: tornar os corpos mais fortes e saudáveis e, consequentemente, mais produtivos; ao mesmo tempo que torna os indivíduos em sujeitos mais dóceis e disciplinados, ou seja, mais assujeitados e governáveis (FOUCAULT, 2014b). Neste sentido, Habermas descreve:

> [...] deve o nome de biopoder ao fato de penetrar profundamente no corpo reificado e de se apoderar de todo o organismo pelas vias sutis da objetivação científica e de uma subjetividade gerada pelas tecnologias de verdade, biopoder é o nome dado àquela forma de socialização que elimina toda espontaneidade natural e transforma a vida das criaturas como totalidade num substrato da sistematização do poder (HABERMAS, 1990, p. 267).

Em meio a perspectiva da governamentalidade, o Biopoder agencia toda a maquinaria necessária para que os dispositivos provenham movimentos eficazes de modo a capturar a vida em todas as suas nuances (DEAN, 1999):

> Condições sociais, culturais, ambientais, Econômicas e geográficas de vida, procriação, doença, saúde ou morte dos seres humanos. [...] refere- se à família, às questões habitacionais, às condições de vida e trabalho,ao que chamamos de ‘estilo de vida’, a questões de saúde pública, a padrões de migração, níveis de crescimento econômico e os padrões de vida. Refere-se à biosfera em que os seres humanos habitam (DEAN, 1999, p. 99).

O corpo, sua vivacidade e tudo o que o circunscreve enquanto elemento necessário para sua existência, são transpassados pelo poder para que a gestão da vida ocorra (FONSECA, 2012). Dito isto, cabe a ressalva de que o emprego do termo “gestão da vida”, presente no nome deste subcapítulo, não é uma enunciação apresentada por Foucault. A escolha deste se dá a partir da compreensão da existência de tecnologias de poder mais centradas no corpo individual e de outras mais centradas no coletivo ou, ainda, em ambas – é sobre

esta intersecção que estão debruçadas as teorizações apresentadas por Foucault e melhor detalhadas em breve. Todavia, o termo originalmente apresentado pelo filósofo é “gestão da população”, aprofundando-se na ideia do coletivo de corpos. É precisamente a noção de população que move a maquiaria do Biopoder (FOUCAULT, 2008a, p. 57).

O conceito de população, detalhado no curso *Segurança, Território e População*, revela, já no título do curso, o quanto ele está conectado as dimensões de segurança e do território. E é nesta sequência que Foucault adentra suas teorizações: a segurança, o território e a população. Não como elementos em separado, mas sim, como elementos que emergiram como problemáticas à gestão estatal da vida. Ou seja, neste caso, a ordem dos fatores altera a compreensão do produto (MIGOWSKI, 2017).

Os séculos VXII e VXIII foram marcadas por significativas mudanças sociais, culturais e econômicas. Na especificidade de França – território que vivencia a historicidade mais detalhada por Foucault – houve profundas transformações trazidas pelo aumento da população nas cidades, não só como circulantes para o comércio de mercadorias, mas como residentes, nem sempre em condições de subsistência favoráveis. Neste momento, a população – vultuosa – deixa de ser uma abstração e se torna uma realidade. Em paralelo – e talvez como consequência do aspecto anterior – vislumbram-se alterações gradativas nos projetos arquitetônicos das cidades, de uma estética medieval de ruelas confusas, estreitas, cercadas por muros e limitadas por portões, para modelos mais flexíveis que pudessem comportar mudanças futuras, mas, inicialmente, não menos insalubres (FOUCAULT, 2008a).

A grande circulação e alocação de indivíduos em um território urbano restrito, permitiu o afloramento de problemas de saúde relacionados com a higiene e o contágio de doenças, dentro das áreas muitas vezes confinadas por muralhas. Acrescenta-se a esta conjuntura desfavorável, o descumprimento das leis por alguns membros da população, em especial no que se refere aos furtos e outras práticas de violência. Neste momento a segurança tornou-se o grande dilema, entendendo que ela estava diretamente ligada a circulação sobre o território e aos comportamentos da população. Diante deste contexto, “a população se manifesta então, como o fim e o instrumento do Governo: sujeito

de necessidades, de aspirações, mas também objeto nas mãos do Governo" (FOUCAULT, 2008a, pág. 140).

A noção de população traz inteligibilidade às ações do Estado ao mesmo tempo que se torna unidade de medida para as mesmas ações. Isso ocorre, pois, é sobre a população – o coletivo – que é possível vislumbrar os efeitos do governamento do Estado (FOUCAULT, 2008a). Não sobre a morte, mas sobre a mortandade; não sobre um nascimento, mas sobre a natalidade (MIGOWSKI, 2017):

> Não é exatamente com a sociedade que se lida nessa nova tecnologia de poder [...] não é tampouco com o indivíduo-corpo. É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de "população". [...] lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...] (FOUCAULT, 2010d, p. 292-93).

Em suma, as práticas governamentais de Biopoder que eram desenvolvidas pelo Estado visavam transformar os fenômenos naturais que acontecem na/com a população. "Simplesmente de maximizar os elementos positivos, de poder circular da melhor maneira possível e, de minimizar, ao contrário, o que é risco e inconveniente, como o roubo, as doenças, sabendo perfeitamente que nunca serão suprimidos" (FOUCAULT, 2008a, p. 26). Para efetivar esta emergente inteligibilidade de Governo, fizeram-se necessárias novas estratégias que tornassem possível atuar não mais sob a égide da lei, mas sobre os processos naturais da vida (PELLIZZARO, 2013).

Desde contexto origina-se uma das práticas de intervenção sobre a população mais frutíferas: a medicina social. Por meio de práticas de objetivação e do uso de métricas e estatísticas, constroem-se saberes-verdades sobre a população que, através de distintos dispositivos, voltam-se à mesma em práticas de subjetivação e assujeitamento (FOUCAULT, 2008a). Na dinamicidade destes movimentos, o Biopoder se exerce de maneira plural, na população, mastambém de modo singular, de indivíduo para indivíduo, pois, " o controle dasociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo" (FOUCAULT, 2008c, p. 80). Conforme a medicina social solidifica-se enquanto instrumento para o controle da vida, ela adentra o campo político e se reafirma por meio do saberque as ciências da vida/saúde produzem, consomem e propagam. Estes

movimentos de objetivação e subjetivação trazem poder não somente à medicina enquanto ciência, mas ao médico, o sujeito-médico (MIGOWSKI,2017). “Dentro dos limites de um poder instituído no biológico, na vida, é o médico que vai ser o agente desse poder” (MIGOWSKI, 2017, p. 79). O sujeito-médico não se revela como “propagador desses valores porque eles já estão em grande parte estabelecidos a vida [...] mas como detentor de um saber, científico,e por este motivo responsável por disseminá-lo por todo o tecido social” (MIGOWSKI, 2017, p. 79).

> Problematizar a medicina quer dizer analisá-la a partir das relações de poder. As relações de poder estabelecidas, entre seres humanos saudáveis, pacientes, médicos e instituições dos mais diversos tipos, constituem o poder medical. No poder médico aparecem entrelaçadas as duas mobilizações da “política”. Por isso, o poder medical possui dois vieses. Significa tanto o processo de sedimentação social da autoridade medical, quanto a estatização da medicina. Politizado, o poder médico exerce um papel crucial na anátomo-política [dimensão individualizante], nos diversos processos de configuração disciplinar dos corpos individuais, enquanto, em outro viés, o poder medical estatizado participa da biopolítica [dimensão totalizante], do modo pelo qual o estado se encarrega da saúde da população (NETO, 2010, p. 27).

Partindo desta informação, vislumbra-se como necessário o entendimento do modo como se expressam as relações de poder na dimensão individualizante e na dimensão totalizante. Por este motivo, estas duas dimensões serão detalhadas no próximo subcapítulo.

4.2.5.1 Os poderes individualizantes e totalizantes projetados sobre os corpos

Os exercícios de poderes sobre a vida em uma dimensão individualizante e totalizante são abordados por Foucault de modo contextualizado com as transformações e historicidade da sociedade e do Governo/Estado. Num primeiro momento de sua obra, o filósofo apresenta um poder individualizante denominado poder pastoral, revelando-o em sua interface com o campo político da soberania centrada na ação sobre as subjetividades. Em um momento histórico posterior, já em meio ao contexto da sociedade estatizada e alinhada com os interesses jurídico-políticos do capitalismo, Foucault demonstra as práticas de domesticação de corpos e mentes por meio de mecanismos de controle e modelagem do indivíduo que adentram a anatomia política do corpo, denominado de poder disciplinar (MAIA, 2011).

Quando os fenômenos próprios à vida humana de modo coletivo passam a ser considerados como essenciais para o Governo e para o governamento, emerge o primeiro poder totalizante, ao qual Foucault denomina de Biopolítica (FOUCAULT, 2006b). Já o segundo poder totalizante apresentado é “Noopoder”, sendo este um conceito desenvolvido por Lazzarato inspirado nas obras de Foucault (VEIGA-NETO, 2011). Todos estes poderes serão melhor explorados nos subcapítulos subsequentes.

4.2.5.1.1 O Poder Pastoral

A análise de poder denominada por Foucault como Poder Pastoral é apresentada como o princípio da condução das condutas em sociedade de modo mais rebuscado, o que permitiu o início da implantação de dispositivos governamentais aprimorados (FOUCAULT, 2008a). Todavia, antes de realizar o detalhamento acerca das especificidades destas duas formas de poder individualizante, cabe a ressalva de que, por mais que a dimensão do poder pastoral não seja profundamente abordada por Foucault em uma interface com a governamentalidade contemporânea (SANTOS, 2017), considera-se que “o pastorado preludia a governamentalidade” (FOUCAULT, 2008a, p. 243).

Esta inter-relação advém dos elementos que são transversais ao poder pastoral e disciplinar e se fazem presentes na governamentalidade – já detalhados em capítulos anteriores – como a condução das condutas, obediência, a produção da verdade, o discurso e a subjetivação, mesmo que em concatenações sociais diferenciadas (FOUCAULT, 2008a). Por esta conjuntura de continuidade no agenciamento dos mesmos elementos para o exercício do poder, ainda que em um contexto sócio-histórico distinto, optou-se por abordar aspectos do poder pastoral neste subcapítulo.

Adentrando as teorizações foucaultianas acerca do Poder Pastoral, vislumbra-se na obra do filósofo a afirmação:

> O poder pastoral é um poder de cuidado. Ele cuida do rebanho, cuida dos indivíduos do rebanho, zela para que as ovelhas não sofram, vai buscar as que se desgarram, cuida das que estão feridas. O pastor zela por seu rebanho, está a serviço dele, é seu intermediário (FOUCAULT, 2008a, p. 170).

Foucault descreve (2008a) que elementos da gênese do poder pastoral já estavam difundidos pelo oriente em um contexto histórico pré-cristão, porém, é com o cristianismo que se configura o pastorado, tornando-se o dispositivo de poder preponderante por quase 15 séculos:

> Foi a igreja cristã que coagulou todos esses temas de poder pastoral em mecanismos precisos e em instituições definidas, foi ela que realmente organizou um poder pastoral ao mesmo tempo específico e autônomo, foi ela que implantou seus dispositivos no interior do Império Romano e que organizou, no coração do Império Romano, um tipo de poder que, creio eu, nenhuma outra civilização havia conhecido (FOUCAULT, 2008a, p. 174).

Enquanto dispositivo, o poder pastoral concatena-se com a dimensão da salvação, da lei e da verdade. No que se refere a salvação, cabe para aquele que exerce este poder – o pastor – estar preparado para se sacrificar por suas ovelhas em prol da salvação de todo o rebanho, ao mesmo tempo que aos últimos cabe se deixar conduzir para a salvação da própria alma, por meio da obtenção deste mérito. A concepção do sacrifício agenciada no poder pastoral não está alocada unicamente na perspectiva do morrer ou deixar-se matar pelo bem do coletivo, mas sim, se refere a abdicações, devotamentos e renúncias ao longo de toda a vida (FOUCAULT, 2008a). Como afirma Foucault (2008a, p. 238). “se ele [pastor] não dá uma boa lição com sua própria vida, o ensino teórico, verbal, que vier a ministrar se verá obscurecido por isso mesmo”.

Já em relação a lei, o que concerne é a dimensão da obediência. Nesta particularidade, o ser divinal prescreve as leis, já ao seu intermediário, o pastor, incumbe difundir as leis e ao rebanho cabe apenas obedecê-las. Nesta relação de poder, há a formação de uma hierarquia, com posições claras de dependência e de submissão (FOUCAULT, 2008a).

A verdade, última dimensão do dispositivo do poder pastoral, é o elemento contido na palavra – discurso – carregada pelo pastor e ensinada para cada uma das ovelhas. Esta tem como função endossar a lei e guiar as ovelhas para a melhor direção (FOUCAULT, 2008a).

Engendrando-se por meio das dimensões da salvação, da lei e da verdade, o poder pastoral apresenta características que o diferenciam dos demais exercícios de poder. A primeira característica provém da relação histórica com o cristianismo, fazendo com que o poder pastoral possua uma finalidade transcendental que visa garantir a salvação individual no outro mundo, o que

exorta a aceitação de abdicações e sacrifícios orientados pelo pastor, mesmo que tragam sofrimentos neste mundo. Ou seja, ela se difunde entre os corpos que formam a sociedade tendo um caráter moralidade pautado na lei e na verdade (FOUCAULT, 2013a).

Outra característica peculiar do poder pastoral advém da perspectiva de unitarização do exercício do poder em relação aos membros que formam o coletivo. Cada indivíduo é singularmente cuidado e governando pelo pastor durante toda sua vida. O governo do coletivo só é possível por existir o governo de cada indivíduo que o compõe (FOUCAULT, 2013a).

Para que isto ocorra, o pastor precisa conhecer intimamente o que existe "dentro da cabeça" de cada um dos indivíduos que formam o coletivo. Este aspecto é dependente de um movimento anterior de objetivação do indivíduo, uma relação consigo mesmo (FOUCAULT, 2008c) que lhe permitirá uma "autoinspeção, autossuspeição, exposição do eu, autodeciframento e autoformação" (ROSE, 2001a, p. 38). A objetivação de si deve, ao final, originar um discurso sobre si mesmo que revele sua "alma", seus segredos mais recônditos e confesse o que há no seu âmago. As informações acerca da consciência de cada indivíduo acabarão por ser habilmente utilizadas pelo pastor para o exercício do governamento por meio da subjetivação (FOUCAULT, 2013a).

Esta engenhosa maquinaria, que inclui também a objetivação dos comportamentos por meio de "um olhar exaustivo do pastor sobre a vida das suas ovelhas" (FOUCAULT, 2008a, p. 238), engendram este poder pautado no controle e direção da consciência (FOUCAULT, 2008c). Tal conjuntura leva a constituição de um sujeito governável específico (FOUCAULT, 2008a):

> [...] um sujeito cujos méritos são identificados de maneira analítica, de um sujeito que é sujeitado em redes contínuas de obediência, de um sujeito que é subjetivado pela extração de verdade que lhe é imposta (FOUCAULT, 2008a, p. 243).

Para Foucault (2008c), este conjunto de características do poder pastoral se mantém incorporado na relação de distintos agendes sociais para com os indivíduos, perceptíveis em instituições como a igreja, a família e serviços de saúde. Com ênfase a dimensão da saúde, o filósofo afirma que:

> o pastorado, em suas formas modernas, estendeu-se em grande parte através do saber, das instituições e das práticas médicas. Pode-se dizer que a medicina foi uma das grandes potências hereditárias do pastorado (FOUCAULT, 2008a, p. 263)

A afirmação supracitada advém da força e alcance do poder pastoral na dimensão da subjetividade de cada um dos indivíduos – ao nível da consciência – aspecto este que ocorre com maior intensidade do que nos outros poderes – poder disciplinar e biopolítica. Este constructo torna os efeitos do poder pastoral íntimos e internalizados, adentrando o campo existencial de modo ímpar (MAIA, 2011).

Todavia, com o passar dos séculos algumas características do poder pastoral foram se tornando obsoletas, em especial no campo Governamental. As intensas transformações sociais ocorridas no século XVII e XVIII levaram a gênese de uma nova tecnologia de poder individualizante mais propícia para a sociedade da época, o poder disciplinar (FOUCAULT, 2008a).

4.2.5.1.2 Poder Disciplinar e a anatomo-política

Ao aprofundar os estudos acerca das práticas punitivas e do encarceramento, Foucault percebe o agenciamento de um poder individualizante distinto do poder pastoral. Este difere do poder pastoral por utilizar-se de outros mecanismos e tecnologias em sua dinâmica, chegando a um efeito sobre o indivíduo também distinto (FOUCAULT, 2014b).

É na obra Vigiar e Punir (FOUCAULT, 2014b) que o filósofo discorre acerca do aparecimento destas “técnicas de poder que eram essencialmente centradas no corpo, no corpo individual” (FOUCAULT, 2006b), que ele denomina de poder disciplinar (FOUCAULT, 2014b). Este é composto de mecanismos e dispositivos para colocam em funcionamento as disciplinas: “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhe impõem uma relação de docilidade-utilidade” (FOUCAULT, 2014b, p. 129).

O poder disciplinar emerge no contexto da Revolução Industrial, onde o comportamento dos operários e de toda sociedade era um elemento preponderante para o desenvolvimento econômico e político. É o fazer, a ação, o movimento e o comportamento dos corpos dos indivíduos que entra no campo das relações de poder. Debruça-se sobre o corpo os intentos políticos, caracterizando este poder como uma anatomia-política (FOUCAULT, 2014b).

> O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente. Formam-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia-política”: que é também igualmente uma mecânica do poder, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos, exercitados, corpos “dóceis” (FOUCAULT, 2014b, p.126).

Mesmo trazendo de modo enfático o contexto prisional como sustentáculo das teorizações de Vigiar e Punir, Foucault elucida como outros ambientes cotidianos são arquitetonicamente preparados e possuem dinâmicas disciplinares semelhantes por meio do uso de técnicas de controle e assujeitamento dos indivíduos (FOUCAULT, 2013a):

> A tecnologia disciplinar foi desenvolvida e aperfeiçoada nas oficinas, quartéis, prisões e hospitais; em cada um desses locais o objetivo geral foi o "crescimento paralelo da utilidade e docilidade" dos indivíduos e do conjunto da população (FOUCAULT, 2013a, p. 135).

Embora o poder disciplinar tenha sido empregado de modo maximizado sobre as classes trabalhadores e o subproletariado, estas técnicas também se fizeram presentes em escolas, conventos, universidades, dentre outros ambientes de esquadrinhamento do comportamento do indivíduo (FOUCAULT, 2013a). Cabe a ressalva de que, por mais que o poder disciplinar seja agenciado por diferentes tipos de instituições, ele não se caracteriza como um poder pertencente às instituições ou a um aparelho institucional. Porém, sobre a dinamicidade da inter-relação instituições-disciplina, pode-se “dizer que a instituição consegue tornar-se um acontecimento na junção de saberes e poderes que lhe soerguem e lhe sustentam” (SILVA; MÉLLO, 2011, p. 379).

São as características comuns encontradas nas dinâmicas das instituições que permitem a implementação de singelos e efetivos mecanismos de domesticação do corpo e da mente. Paralelamente elas utilizam da objetivação deste corpo e desta mente para produzir um saber de retroalimenta o controle sobre os mesmos (FOUCAULT, 2008a).

A dimensão da domesticação do corpo pelo poder disciplinar ocorre por meio da submissão a execução de uma prática disciplinada, controlada e

repetitiva (FOUCAULT, 2008a). Esta não visa neutralizar as forçar do indivíduo, mas sim, canalizar e direcionar as mesmas para um objetivo em específico, preparando o corpo para ser parte de uma engrenagem e, enquanto nesta função, exercer com plenitude suas potencialidades (FOUCAULT, 2006c).

Já a domesticação da mente ocorre a medida em que o indivíduo permanentemente submetido à disciplina naturaliza o controle constante e introjeta em sua conduta o comportamento mantido pela vigilância, mantendo uma constância em seu agir mesmo quando não está sob o olhar do vigia. Este mecanismo permitirá o controle moral dos indivíduos, condicionando-os numa relação consigo mesmo, pautada na subjetivação da disciplina e na objetivação e controle dos próprios comportamentos (FOUCAULT, 2008a).

A domesticação concomitante do corpo e da mente leva o indivíduo a sua potencialização para o exercício de certas funções, preparando-o e aprimorando-o ininterruptamente nesta dimensão. Todavia, a domesticação naturaliza o cerceamento em relação a outras esferas, impedindo – de modo subjetivado – a participação ativa do indivíduo nas mesmas (FOUCAULT, 2006c). Neste sentido o filósofo destaca que:

> A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada (FOUCAULT, 2014b, p.126).

Para possuir esta dinâmica o poder disciplinar não se pauta na força ou repressão. Ele utiliza-se da mecânica corporal, por meio do adestramento do corpo em uma atuação/finalidade para que, de modo paulatino, a disciplina seja internalizada pelo indivíduo. O que se busca é um agir de movimentos automatizados em todas as dimensões da vida, um viver disciplinado (FOUCAULT, 2014b).

A palavra “internalização” ganha destaque no poder disciplinar, revelando o caráter de naturalidade deste poder em meio as dinâmicas sociais (PELLIZZARO, 2013, p. 160). Como descreve Veiga-Neto (2003, p. 85) a disciplina se torna “uma necessidade necessariamente natural”. Este modo peculiar revela que o “poder disciplinar é um poder sorrateiro, silencioso, que

age no detalhe, mas é capaz de grandes efeitos porque funciona como pano de fundo da convivência social" (PELLIZZARO, 2013, p. 160). Tal aspecto relaciona-se com o fato do poder disciplinar não visar o controle ou sobreposição ao conhecimento-saber-verdade, mas sim, efetivar-se através do conhecimento e, por meio dele, se difundir e se naturalizar em meio ao tecido social (FOUCAULT, 2006c).

Ainda em relação a caracterização do poder disciplinar, Foucault faz alguns detalhamentos. O primeiro refere-se ao contexto de vigilância constante e perpétua dos indivíduos, seja por meio da vigilância externa ou da autovigilância advinda da subjetivação. O que se almeja é o viver subjetivado, autocontrolado e autogerido (FOUCAULT, 2006c).

A segunda característica é denominada por Foucault como "arte das distribuições" (FOUCAULT, 2006c, p. 122). Esta remete ao alocamento de cada indivíduo no seu devido lugar para que ele seja útil "segundo o princípio da localização imediata ou do quadriculamento" (FOUCAULT, 2014b, p. 123). Mas a ideia de localização não abarca a dimensão da homogeneidade entre os indivíduos ou a formação de agrupamentos, pelo contrário, "a disciplina às vezes exige a cerca, a especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo" (FOUCAULT, 2006c, p. 122). Este mecanismo permite conduzir o detalhe das condutas e as escolhas dos cidadãos (FOUCAULT, 2006c).

O que se busca ao classificar e colocar adequadamente cada indivíduo no "ponto em que se cruzam uma linha e uma coluna", é que este seja controlado, trabalhado, transformado e aperfeiçoado para o exercício de suas funções (FOUCAULT, 2014b, p. 125). Tal prática levará à anulação dos "efeitos das repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa, sua coagulação inutilizável e perigosa" (FOUCAULT, 2006c, p. 123). Ou seja, trata-se de uma "tática de antideserção, de antivadiagem, de antiaglomeração" (FOUCAULT, 2006c, p. 123).

Todavia, a arte das distribuições do poder disciplinar "individualiza os corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e os faz circular numa rede de relações". Isto traz ao indivíduo não somente a noção da posição que ocupa, mas leva-o a naturalizar esta posição e os elementos e a distância

que o separa dos demais, ao mesmo tempo que torna o indivíduo um difusor e manutensor do exercício do poder disciplinar (FOUCAULT, 2014b, p. 125).

A terceira característica advém do fato de que a arte das distribuições não possui somente um efeito individualizado. É ela que permite orquestrar o que Foucault denomina de “composição de forças”, que consiste em dar uma utilidade prática ao corpo de modo combinado com a utilidade de outros corpos, para que ao fim o conjunto ganhe uma força produtiva. “A disciplina não é mais simplesmente uma arte de repartir os corpos, de extrair e acumular o tempo deles, mas de compor forças para obter um aparelho eficiente” (FOUCAULT, 2006c, p. 138).

A quarta característica do poder disciplinar consiste no foco do seu controle. O governamento efetivado por meio das disciplinas não está voltado para o resultado de uma ação, mas sim sobre o desenvolvimento da mesma. Esta tática permite o controle de todos os passos a todo momento, possibilitando o redirecionamento do agir sempre que for necessário, aperfeiçoando o indivíduo continuamente e, também, garantindo o resultado final da ação (FOUCAULT, 2006c).

Mas o controle contínuo sobre a ação não subestima a capacidade do indivíduo de progredir e realizar tarefas cada vez mais complexas, enquanto parte da composição de forças. O que remete a quinta característica do poder disciplinar, denominado de “organização das gêneses”, que consistem em técnicas que organizam evolutivamente os estágios de aprendizado por graus que possuem uma dificuldade crescente. Esta tática – que se revela em práticas pedagógicas com diferentes origens e objetivos – permite controlar detalhadamente os indivíduos em treinamentos contínuos e encadeados de modo autogerido, não se fazendo necessária uma intervenção externa constante e garantindo uma extrema aptidão e subjetivação (FOUCAULT, 2006c).

Mas, como revela outra característica do poder disciplinar, o controle não se limita ao que faz e como se faz, mas também o tempo utilizado em cada um dos fazeres que compõe o comportamento. O tempo dispensado para o desenvolvimento de cada atividade deve ser equacionado de modo a otimizá-lo. Fazer maior quantidade, com maior precisão e em menos tempo (FOUCAULT, 2006c). Como sintetiza Foucault:

> Em resumo, pode-se dizer que a disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidade, ou antes uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial), é orgânica (pela codificação de atividades), é genética (pela acumulação do tempo), é combinatória (pela composição de forças). E, para tanto, utiliza quatro grandes técnicas: constrói quadros; prescreve manobras; impõe exercícios; enfim, para realizar a combinação das forças, organiza táticas (FOUCAULT, 2006c, p.141).

Diante das premissas de organização e controle, o poder disciplinar teme ações aleatórias que levem ao desequadramento dos indivíduos (PELLIZZARO, 2013). Todavia, ao juntar os indivíduos num mesmo espaço, como as fábricas, escolas, prisões, dentre outros, com a intencionalidade de torná-los dóceis e disciplinados para uma determinada finalidade, o poder disciplinar acaba viabilizando a gênese da resistência. Isso ocorre, pois, ao agrupar a multidão dispersa, oportuniza-se a organização do coletivo de indivíduos que não seria possível em outro contexto. “Os sindicatos, as rebeliões nos presídios e a organização estudantil, são apenas os exemplos mais perceptíveis desse processo” (MIGOWSKI, 2017, p. 41).

A formação dos coletivos nos espaços institucionais e das populações nos grandes territórios levou a gênese de outras formas que poder que passaram a emergir no século XIX e atuar em conjunto com as formas individualizantes. Como revela Foucault:

> [...] à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de um conjunto que são próprios da vida [...] Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas o que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana (FOUCAULT, 2010d, p. 289).

4.2.5.1.3 A Biopolítica

Das análises feitas por Foucault acerca da vida submetida ao poder político e do governamento das populações emerge o conceito de Biopolítica, apresentado pela primeira vez no ano de 1974, em uma palestra intitulada: “O Nascimento da Medicina Social”, realizada na cidade do Rio de Janeiro (DANNER, 2010). Todavia, a importância e magnitude que este conceito possui é revelada nas obras e cursos posteriores, como *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber* (FOUCAULT, 2006b), de 1976; *Em Defesa da Sociedade*

(FOUCAULT, 2010d), de 1976; *Segurança, Território e População* (FOUCAULT, 2008a), de 1978; e o *Nascimento da Biopolítica* (FOUCAULT, 2008b), de 1979.

Ao abordar como a Biopolítica vai sendo engendrada no campo da gestão governamental a partir do século XVIII, Foucault revela como novos procedimentos surgem para que o poder sobre os indivíduos não fosse limitado ao adestramento do corpo individual, mas sim, sobre o conjunto que constitui uma massa global (FOUCAULT, 2006b). Como afirma o filósofo, a Biopolítica ocupa-se dos "processos biológicos do homem-espécie" (FOUCAULT, 2008a. p. 294). "São fenômenos coletivos [...] que só se tornam pertinentes no nível da massa" (FOUCAULT, 2010d, p. 293). Em outras palavras, "são esses processos de natalidade, de morbidade, de longevidade que, [...], constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica [...]" (FOUCAULT, 2010d, p. 290).

Este poder nasce porque "os fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças", foram se tornando problemas que se impunham a prática governamental (FOUCAULT, 2008a. p. 275). Ou seja, os modos de vida trazem "toda uma série de problemas econômicos e políticos" e, por isso, esses comportamentos se tornam "os alvos que ela procura controlar" (FOUCAULT, 2010d, p. 243).

Como já detalhado no subcapítulo 3.2.5 "Biopoder e Governamentalidade: ferramentas para a gestão da vida", gerir os perigos e os riscos que podem comprometer a vida humana tornou-se uma necessidade para a gestão governamental. Nesta conjuntura, sob a perspectiva da Biopolítica o foco torna-se a relação entre liberdade e segurança, que passa a ser modulada mediante os interesses governamentais de ordem política e econômica, transformando a relação do indivíduo consigo e com os demais (FOUCAULT, 2008b).

> O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder (FOUCAULT, 2006b, p. 134).

Historicamente, esse poder se solidifica a medida em que os processos vitais adentram a ordem do saber. A díade poder-saber torna-se "um agente de

transformação da vida humana", permitindo o desenvolvimento de mecanismos de controle e modificação dos fenômenos vitais (FOUCAULT, 2006b, p.134).

Múltiplos saberes – que são produtos e produtores da Biopolítica – são agenciados nas práticas de objetivação e subjetivação que sustentam e pulverizam este poder em meio a sociedade, tais como a Estatística, a Demografia e a Medicina Sanitária. Todavia, a Biopolítica não se engendra apenas nos mecanismos de descrição e quantificação, como número de nascimentos, mortes, natalidade, longevidade, migração, criminalidade, dentre outros, mas nas análises comparativas e combinatórias que permitem, sempre que possível, prever os acontecimentos do futuro por meio do passado (DANNER, 2010).

Essas previsões são utilizadas para o desenvolvimento de ações de segurança que visam garantir o equilíbrio necessário para que a sociedade permanece economicamente produtiva (FOUCAULT, 2010d). Isso ocorre, pois, as previsões adquirem o status de saber e de verdade, sendo ininterruptamente agenciadas pelo poder e tornando-se circulante por meio dos discursos, o que garante a continuidade e manutenção constante da Biopolítica (NESPOLIG, 2014).

Pulverizada na sociedade "pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida" (FOUCAULT, 2006b, p. 152), a Biopolítica sustenta-se sobre três princípios ou pontos, apresentados no livro *Em Defesa da Sociedade*. O primeiro é a noção de população como um problema político, científico, social e econômico. Não é mais o individual, o singular, que está em evidência, mas sim o corpo múltiplo, o coletivo (FOUCAULT, 2010d).

O segundo aspecto refere-se a natureza dos fenômenos. A Biopolítica não se preocupa com o nascimento, mas com a natalidade; não com a morte, mas com a mortalidade; não com a ação do indivíduo, mas com o comportamento do coletivo. Já o terceiro ponto diz respeito aos mecanismos implementados pela Biopolítica, baseados em estratégias regulatórias moduladas conforme os interesses governamentais (FOUCAULT, 2010d).

Ainda sobre o terceiro aspecto mencionado, Foucault destaca que a Biopolítica efetiva em meio a população "não uma disciplina, mas uma regulamentação" (FOUCAULT, 2008a. p. 294). Todavia, o autor faz a ressalva de que, mesmo em meio a vigência da Biopolítica na sociedade, não há uma

anulação das outras formas de poder, pelo contrário, ela se articula com outros mecanismos implementados pelos dispositivos para o êxito da governamentalidade (FOUCAULT, 2008a).

Porém, diferentemente dos mecanismos disciplinares, como a vigilância e o esquadrinhamento, a Biopolítica controla a população por meio da modulação da liberdade. Não há uma ação coercitiva de disciplinamento, mas sim, uma ação de estímulo indireto sobre as condutas do coletivo, levando-os a subjetivar e naturalizar estes direcionamentos da massa (DELEUZE, 1992). Como afirmam Furtado e Camilo (2016, p. 30), "a liberdade [...] transforma-se em estratégias de assujeitamento e controle das condutas".

Foucault (2008a), afirma que este mecanismo tem sua funcionalidade encetada e respaldada pela racionalidade, ou seja, é na maquinaria da governamentalidade que este modo de condução das condutas se efetiva em sua totalidade:

> Agindo diretamente sobre ela [população] por meio de campanhas ou também, indiretamente, por meio de técnicas que vão permitir, por exemplo, estimular, sem que as pessoas percebam muito, a taxa de natalidade, ou dirigindo nesta ou naquela região, para determinada atividade, os fluxos de população (FOUCAULT, 2008a, p. 140).

O que há no plano de fundo da Biopolítica é o projeto governamental que se espraia sobre a vida dos sujeitos – indivíduos assujeitados – conduzindo os modos de ser e viver, o que os leva ao desenvolvimento de expressões, identidades e comportamentos específicos, produzindo regimes de verdades que circulam ininterruptamente na sociedade. Em meio a maquinaria da governamentalidade, as Biopolíticas se revelam como estratégias do poder estatal responsáveis por desenvolver e implementar continuamente novas práticas de intervenção nos fenômenos vitais em alinhamento com a(s) racionalidade(s) vigente(s) (CARVALHO, 2016).

Porém, a diversidade de formas de viver exige o estabelecimento de estratégias Biopolíticas e de controle que sejam suficientemente abrangentes, mas detalhadamente específicas (FOUCAULT, 2010d). Somente assim as Biopolíticas conseguirão "conduzir a população a inserir-se numa rede de conexões políticas que lhes submeterão à administração política oriundas da prática governamental" (CARVALHO, 2016, p. 107).

Os mecanismos e estratégias engendrados na Biopolítica foram sendo aprimorados ao longo dos séculos e, atualmente, estas são práticas governamentais alicerçadas em distintos saberes, como as ciências biomédicas e a biotecnologia (FURTADO; CAMILO, 2017). Todavia, permanecem buscando "um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, e compensar as variações no interior dessa população geral" para que seja possível "otimizar um estado de vida" (FOUCAULT, 2010d, p. 246).

Cabe destacar que diante da governamentalidade engendrada por biopolíticas, o trabalho na saúde torna-se um aparato dos dispositivos de poder do Estado (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010). Como afirmam os mesmos autores:

> O trabalho na saúde engendra-se de um campo de lutas por imposições de sentidos que modificam a forma como a população figura em termos de práticas de liberdade. Ou seja, o trabalho na saúde faz parte de um campo político, e não apenas de benesse social (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010, p. 8).

O agir alinhado com a racionalidade governamental implica em conduzir as ações utilizando-se de saberes organizados – verdades – que irão interligar os sujeitos aos métodos de controle da governamentalidade biopolítica, de modo a manipular as vontades e induzir decisões (CARVALHO, 2016).

Não obstante, na contemporaneidade caracterizada pela globalização, os saberes e verdades que originam e sustentam as racionalidades estão em constante difusão global e (re)atualização. Ao mesmo tempo, ocorrem emergências de novas demandas Biopolíticas a nível global, que acabam sendo somadas com as existentes nas populações alocadas em territórios menores (LEMOS et al., 2016). É nesta conjuntura complexa que emerge um novo poder subjetivador, denominado Noopoder.

4.2.5.1.4 O Noopoder

No mundo globalizado, marcado pela desterritorialização, o exercício de poder ultrapassa as barreiras da distância, adentrando o tecido social por meio de diferentes dispositivos que independem da ação direta de sujeitos em relação a outros indivíduos (LAZZARATO, 2006). Estes dispositivos engendram inovadoras tecnologias de controle e distintos modos de efetivar o governamento

(FOUCAULT, 2008a), caracterizando-se como um desdobramento do poder sobre a vida, denominado com o Noopoder (LAZZARATO, 2006).

O termo “Noopoder”, não é apresentado por Foucault, porém suas obras servem de base para que Lazzarato apresente este neologismo (VEIGA-NETO, 2011). O prefixo “noo” tem origem grega e faz referência a vida contida na mente, ou mesmo, a parte racional da alma. Ao optar por esta nomenclatura, Lazzarato buscou sedimentar este conceito afastando-o da compreensão da vida contida no corpo, a dimensão física da vida, nominada pelo prefixo “bios” (LAZZARATO, 2006). Como afirma Saraiva (2008, p. 6), “o vivo, nesse caso, é a memória e seu correlato, a atenção”.

O Noopoder se caracteriza “pela ação à distância de uma mente sobre a outra, pela capacidade de afetar e ser afetado dos cérebros, midiatizada e enriquecida pela tecnologia” (LAZZARATO, 2006, p.76). Ou seja, este poder incide sobre a consciência, a memória, a atenção, o intelecto, o pensamento, a criatividade e a dinamicidade do sujeito em sua relação social. Em seus engendramentos emergem táticas que visam a modulação das “[...] mentes com o objetivo de formar aquilo que se conhece por opinião pública” (VEIGA-NETO, 2011, p. 47). Em síntese, pode-se afirmar que:

> En primera instancia, los dispositivos de modulación de la noopolítica serán las tecnologías de acción a distancia, aprovechando las técnicas del contagio que propician "los públicos"; esto es, la comunidad de consumidores que comparten creencias, voluntades y que (a pesar de la diversidad de discurso explícitos o tácitos y la heterogeneidad) se unifican en lo que en términos deleuzeanos sería el ritornelo, o el sentimiento de unicidad y completud. En segundo lugar, la gobernabilidad en la contemporaneidad la ejercen mecanismos noopolíticos, es decir, la captura de los deseos, la memoria, las creencias y la producción de miedos (RODRIGUEZ, 2017, p. 176).

O conjunto de técnicas de controle concatenadas pelo noopoder, afeta e reorganiza a dinâmica existente entre os poderes (GIACOMINI; OTTO, 2017), porém, sem fazer com que as outras modalidades de poder desapareçam (LAZZARATO, 2006). Nesta nova dinâmica, criam-se sociedades de controle (GIACOMINI; OTTO, 2017), caracterizadas pela:

> [...] cooperação entre cérebros, por meio de redes; dispositivos tecnológicos arrojados, que potencializam a captura da memória e da atenção; processos de sujeição e de subjetivação para a formação de públicos (SARAIVA; VEIGA-NETO, 2009, p. 195).

A natureza rizomática do Noopoder faz com que ele se revele de modo mais sutil e ainda mais insidioso. Isso ocorre, pois, a multiplicidade de vetores

provindos dos dispositivos são menos visíveis, abrindo mão de tácticas como a vigilância e o disciplinamento (SARAIVA, 2008). Para a efetividade das táticas sem o uso de processos de interação ou dominação direta, este poder captura os sujeitos por meio da persuasão, colonizando os desejos e seduzindo os indivíduos, levando-os, ao final, a uma condução das próprias condutas de modo alegre e prazeroso, como efeito da subjetivação (MORAES; SARAIVA, 2012).

Este engendramento ocorre sem centralizar o poder em um local ou instituição, pelo contrário. O Noopoder se revela na articulação entre instituições governamentais, órgãos públicos, autoridades das áreas da saúde, judiciárias e econômicas, dentre outras, que, alinhadas pelas mesmas racionalidades, formam e atuam em rede, mesmo que de modo quase imperceptível (ROCHA; EMBOAVA, 2017). Porém, sua potência provém da invisibilidade, que só ganha evidência quando extrapola a dimensão de interiorização do sujeito e se revela nos discursos que transpassam outros cérebros e atingem outros corpos (SARAIVA, 2008).

Esta tecnologia de poder permite controlar os indivíduos a céu aberto, invadindo inevitavelmente todos os espaços sem deparar-se com a existência de fronteiras (DELEUZE, 1992). Por não necessitar de técnicas de confinamento, extingue-se a existência de um “dentro”, atribuído para quem está sob a vigilância constante, e de um “fora”, para quem não está englobado pelas práticas disciplinares das escolas, universidades, fábricas, prisões, etc (CHEVITARESE; PEDRO, 2003, p. 5).

Esta particularidade anula possíveis distrações do indivíduo entre as dimensões do “dentro” e do “fora”, trazendo ao mesmo a sensação de liberdade constante, como se este não estivesse sobre a égide de conduções da conduta. Esta autopercepção errônea, impede a compreensão do indivíduo de que este está sendo disciplinado “por fora”, sendo o seu existir “desde sempre agrilhoado” (CHEVITARESE; PEDRO, 2003, p. 5). Em síntese, há um homem assujeitado controlado pela sua liberdade subjetivada e continuamente “preso” nas redes deste poder que, de tão invisível, parece não existir (CHEVITARESE; PEDRO, 2003, p. 5).

Concatenado de modo sutil, o Noopoder maquina noopolíticas que incluem tecnologias que permitam extinguir distâncias e barreiras para a propagação do discurso-saber-verdade (LAZZARATO, 2006). Nesta

perspectiva, as tecnologias de informação e o advento da comercialização da internet na última década do século XX, torna-se um marco da expansão e positividade deste poder (SARAIVA, 2008).

As tecnologias de informação no mundo globalizado são o principal elemento propagador do conhecimento e, consequentemente, sustentáculo das racionalidades (LAZZARATO, 2006). Tal fato origina-se do desaparecimento de limites institucionais, que torna o conhecimento – discurso, saber, verdade – disseminado de modo ampliado e reverberante, fazendo com que as Noopolíticas atinjam elementos do tecido social concomitante e diversificadamente (MANSANO; CARVALHO, 2015).

Nesta conjuntura, as distintas formas de mídias tornam-se exímias maquinarias das Noopolíticas, persuadindo, de maneira sutil, as verdades entrelaçadas e advindas das racionalidades (BRINKLEY, 2007). Destaca-se que, neste engenhoso poder, a opinião proveniente de um conhecimento recebe o status e ganha o efeito de "verdade", não por ser compartilhada por uma quantidade maior de indivíduos, mas sim, por receber maior reconhecimento social, sinalizando uma tendência em uma captura crescente de novos adeptos (MORAES; SARAIVA, 2012).

Esta dimensão aponta para o fato de que a mídia não exerce apenas influência junto à opinião pública, mas que ela se constitui como um aparelho de atuação política. As mídias revelam-se como "um espaço de disputa de sentidos sobre a realidade social complexa", solidificando-se como uma tecnologia de subjetivação a racionalidade política (MARTINS, 2005, p. 132). Como afirma Coimbra (2001, p. 37):

> [...] assim, pela produção e circulação de signos, imagens, subjetividades, pelo recalcamento e negação de certas realidades, pela sugestão e, portanto, pela criação de um real, de realidades – que passam a ser as que existem objetivamente – os meios de comunicação de massa simula(m) padrões consensuais de conduta, produzem poderosos e eficientes processos de subjetivação; forjam existências, vidas, bandidos e mocinhos, heróis e vilões (COIMBRA, 2001, p. 37).

Este arcabouço de articulações discursivas subjetivadoras agenciadas pelo noopoder conduzem o indivíduo a atuações sociais específicas, sendo determinísticas em relação a conduta moral, hábitos, comportamentos, habilidades e todos os demais modos de ser em sociedade (OUELLETTE; HAY, 2008). Para que isso seja possível, o processo de governamento elenca a

dimensão da segurança como preditor da condução das condutas, empregando-se de seu contraposto, a insegurança, para o estabelecimento dos mecanismos de controle empregados pelas Noopolíticas (CAPELINI; TAVARES, 2016).

A propagação de elementos discursivos que adjetivam os comportamentos sociais individuais e/ou coletivos como inapropriados, inseguros e perigosos (CAPELINI; TAVARES, 2016), circulam na sociedade paralelamente com discursos de autoridades e especialistas, em uma dinâmica de tangenciamento e retroalimentação indireta (BINKLEY, 2007). É nesta intersecção de discursos antagônicos que as dimensões da insegurança e medo se tornam importantes, levando os indivíduos a se subjetivarem as "verdades" que os aproximam da "segurança", mesmo que esta compreensão seja também apenas um resultado da subjetivação (CAPELINI; TAVARES, 2016).

Em meio a estas concatenações, o Noopoder revela sua positividade ao produzir um sujeito que não se torna meramente dócil e obediente. Ele se modela e doutrina para ser um agente participativo e responsável, que deve apresentar um bom desempenho social, ser livre e emancipado, ser economicamente produtivo, qualificado e com amplas capacidades, mesmo que todos estes aspectos sejam fruto de subjetivações (MANSANO; CARVALHO, 2015) feitas "por fora", ou seja, não visíveis ao sujeito (CHEVITARESE; PEDRO, 2003, p. 5).

Cabe salientar que os dispositivos agenciados pelo noopoder, como as redes sociais *online*, são ímpares no processo de produção deste sujeito assujeitado. Isto ocorre, pois, as redes sociais *online* permitem que as experiências vivenciadas individualmente em múltiplos segmentos da vida em sociedade – experiências de si – sejam coletivizadas ultrapassando as barreiras dos limites físicos e das fronteiras. Esta característica permite tornar a mais simples experiência vivida consigo mesmo em uma experiência subjetivadora dos outros, entrelaçando discursos, saberes, verdades e poder (ROSO; KRUSE, 2007).

Os polos diametralmente opostos que são revelados nos discursos e que propulsionam o funcionamento das maquinarias Noopolíticas, fazem emergir a possibilidade de uma resistência que se revela no coletivo. Estes movimentos abrem brechas para a criação de novos discursos e saberes que fragmentam processos de dominação existentes nas racionalidades vigorantes (CAPELINI; TAVARES, 2016).

Porém, resistir aos engedramentos dos dispositivos concatenados pelo Noopoder torna-se uma ação complexa, uma vez que esse poder se direciona ao coletivo de modo sutil, insidioso e com tênue diretividade (SARAIVA, 2008). Além disso, exercer a resistência aos meios subjetivadores persuasivos e sedutores que compõe os dispositivos elencados por uma racionalidade, implica, ao mesmo tempo, em deixa-se persuadir e seduzir por outras racionalidades e por seus governamentos, retroalimentando e positivando ininterruptamente o Noopoder (CAPELINI; TAVARES, 2016).

4.2.5.2 As métricas individuais e coletivas para o exercício do governamento

Para o exercício do poder e o emprego de tácticas de governamento, seja em uma dimensão individualizante ou totalizante, faz-se necessário o estabelecimento de padrões, que acabam servindo de modelos ou métricas para a condução das condutas. Estes modelos são denominados por Foucault como Norma (FOUCAULT, 2008a).

Na particularidade do poder exercido sobre a vida - o Biopoder - as ciências da saúde associadas a outras ciências, como a estatística, desenvolvem um campo de conhecimentos que viram discursos, saberes e verdades, repleto destes padrões, métricas e modelos – normas – que reverberam da própria sociedade e para a própria sociedade. Compreendendo que o objeto de análise e atuação das ciências da saúde é a vida contida no corpo, e que há uma multiplicidade de distinções e similaridades entre elas, seja no âmbito de seus mecanismos orgânicos ou no âmago da vida social, o sustentáculo do exercício destas ciências se produziu por meio da objetivação, que tornou possível a percepção regularidades corpóreas e, posteriormente, de métricas sobre a vida (MAIA, 2011).

Como afirma Foucault:

> Pensamos em todo caso que o corpo tem apenas as leis de sua fisiologia, e que ele escapa à história. Novo erro; ele é formado por uma série de regimes que o constroem; ele é destroçado por ritmos de trabalho, repouso e festa; ele é intoxicado por venenos – alimentos ou valores, hábitos alimentares e leis morais simultaneamente; ele cria resistências (FOUCAULT, 2008c, p. 27).

Estas métricas servirão como parâmetro balizador da condução das condutas de modo comparativo aos padrões biológicos – ou biopsicossociais – considerados aceitáveis. Ou seja, os governamentos exercidos como práticas de

Biopoder administram um conjunto de processos vitais e naturais com julgamentos defrontados a norma (FOUCAULT, 2008a).

A naturalidade julgada inclui hábitos, valores religiosos e morais, intensidade do comércio, meios de subsistência, circulação de pessoas, dentre outros. Porém, esta comparação com norma também se aplica a dimensões mais íntimas do indivíduo, como o pensamento e o desejo, que precisam não somente fluir dentro de certos limites, mas também, serem aprovados e aceitos em meio ao conjunto de indivíduos, quando pertinentes a dimensão da racionalidade (FOUCAULT, 2008a).

Estes julgamentos sobre fenômenos advindos da espontaneidade individualizada ou coletivizada, são supostamente descritos como irregulares. Não obstante, quando analisados por meio da comunhão de vários saberes das áreas da saúde, sociais, políticas, econômicas, dentre outras, passam a apresentar certa regularidade, reforçando a concepção da norma (FOUCAULT, 2008a).

Ao descrever detalhadamente a norma, Foucault afirma:

> A norma designa uma regra de juízo, uma maneira de produzir a regra de juízo. É uma maneira de ordenar multiplicidades, de as articular, de as relacionar consigo mesmas segundo um princípio de pura referência a si. A norma produz objetividade. É um princípio de comunicação, uma maneira, particular, de resolver o problema da intersubjetividade. A norma equaliza; torna cada indivíduo comparável a cada outro; fornece a medida. Sob a craveira somos todos os mesmos, senão intermutáveis, pelo menos semelhantes, nunca suficientemente diferentes para podermos pretender não ser do mesmo gênero. Se dar normas é classificar, é em primeiro lugar porque a norma estabelece classes de equivalência. Mas a norma desequalizado mesmo modo. É, aliás, a única objetividade que nos dá: a norma convida cada indivíduo a reconhecer-se diferente dos outros; encerra-o no seu caso, na sua individualidade, na sua irredutível particularidade. Precisamente, o normativo afirma tanto mais a igualdade de cada um perante todos quanto infinitiza as diferenças (FOUCAULT 2010d, p. 108-9).

Elucidando melhor esta teorização, Ewald (1993, p.86) descreve que a norma funciona como “um princípio de comparação, de comparabilidade, de medida comum, que se institui na pura referência de um grupo a si próprio, a partir do momento em que só se relaciona consigo mesmo”. Esta métrica comparativa permite “controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica [...]” (FOUCAULT, 2010d, p. 302), podendo “se aplicar a um corpo quanto a uma população que se quer regulamentar” (FOUCAULT, 2010d, p. 302).

A origem do que se estabelece como norma é distinta em relação a sua projeção sobre o corpo individual ou sobre a multiplicidade de corpos. O filósofo explica estas duas gêneses suscintamente na afirmação: "o normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir deste estudo de normalidades que a norma se fixa" (FOUCAULT, 2008a, p. 83).

Detalhando a firmação acima, na primeira possibilidade – "o normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele [...] (FOUCAULT, 2008a, p. 83) – a norma agenciada na dimensão disciplinar provém de processos de objetivação que acabam instituindo saberes que estabelecem um padrão único, delimitando o normal e o anormal (FOUCAULT, 2014b). Este constructo é usado para ordenar e classificar os indivíduos, e orientar as ações de esquadrinhamento, correção e punição. Para este processo de projeção da norma sobre o indivíduo se dá o nome de Normação (FOUCAULT, 2008a).

Já na segunda possibilidade trazida pela afirmação foucaultiana – "[...] é a partir deste estudo de normalidades que a norma se fixa" (FOUCAULT, 2008a, p. 83) – corresponde a concepção da norma que se aplica à coletividade. Neste caso, o que se estabelece como norma provém do coletivo, com características modulares e flexíveis (FOUCAULT, 2008a).

Como complementam Aquino e Ribeiro (2009, p. 63), a norma na perspectiva da coletividade, provém de processos contínuos de objetivação da totalidade de indivíduos, onde há o mapeamento e recolha da "multiplicidade de ações emergentes em determinado plano (sempre contingencial) de possibilidades de condutas". Partindo da compreensão da interdependência de um fenômeno (comportamento, conduta, prática, discurso, saber, verdade, etc) em relação aos outros, e que as mudanças ocorridas em um fenômeno afetam a ocorrência dos demais, a norma não se revela como um padrão, mas sim, uma projeção do efeito de conjunto que se almeja alcançar. Ou seja, a norma é dedutiva em relação ao que é concebido e (re)classificado como normal e anormal, identificando padrões em meio a dinamicidade social, resultando em uma curva de normalidade, onde múltiplos estão abarcados. Este processo recebe a denominação de Normalização (FOUCAULT, 2008a).

Os modos como a Normação e a Normalização se projetam sobre os indivíduos acabam trazendo efeitos distintos ao governamento. Enquanto a Normação acaba sendo um processo includente dos indivíduos disciplinados e

excludente dos indisciplinados, em uma dinâmica dicotômica entre o normal e o anormal, a Normalização busca abranger todos dentro da curva da normalidade, podendo assim projetar sobre eles outros mecanismos biopolíticos que visam corrigir irregularidades e aproximá-los cada vez mais da norma (DAL'IGNA; SIERRA, 2018).

A norma se traduz sobre os corpos dos indivíduos, seja no âmbito individual ou coletivo, por meio do julgamento, que os classifica como pertencentes a normalidade ou ao desvio. Este processo de julgar revela a tônica moral contida no que é entendido como norma. Os padrões desta mesma moralidade validam os mecanismos disciplinares e bioplíticos que visam aproximar os indivíduos do normal. Nas concatenações efetivadas pelos dispositivos, um conjunto de múltiplos atores guiados pela mesma racionalidade atuam para efetivar os processos de julgamento e os exercícios de distintos poderes, consolidados pelos saberes-verdades que os tornam agentes da moralidade: o professor-juiz, o enfermeiro-juiz, o médico-juiz, o assistente social-juiz, etc (FOUCAULT, 2008c; LOCKMANN; MOTA, 2013).

Cabe destacar que, mesmo diante da concatenação supracitada no que cerne o julgar, a norma não pode ser entendida como uma lei ou um sistema legal, embora entre a lei e a norma haja, "e não podia deixar de haver, uma relação fundamental: todo sistema legal se relaciona a um sistema de normas" (FOUCAULT, 2008a, p. 74), em outras palavras, "uma normatividade intrínseca à lei, fundadora talvez da lei" (FOUCAULT, 2008a, p. 74). Isso ocorre, pois, a norma transposta ao coletivo não visa estabelecer um mecanismo excludente, mas sim, de normalização, de produção do normal (FOUCAULT, 2008a):

> [...] não se trata de impor uma lei aos homens, trata-se de dispor das coisas, isto é, de utilizar táticas, muito mais que leis, ou utilizar ao máximo as leis como táticas; agir de modo que, por um certo número de meios, esta ou aquela finalidade possa ser alcançada (FOUCAULT, 2008a, p. 74),

Contudo, como descreve o filósofo, norma e lei nem sempre estão alinhas em suas racionalidades em virtude de suas gêneses, uma vez que "a partir e abaixo, nas margens e talvez até mesmo na contramão de um sistema da lei se desenvolvem técnicas de normalização (FOUCAULT, 2008a, p. 74). Porém, ao fazer tal afirmação, Foucault não quer "dizer que a lei se apague ou que as

instituições de justiça tendam a desaparecer" (FOUCAULT, 2006b, p.157), mas sim:

> [...] que a lei funciona cada vez mais como norma, e que a instituição judiciária se integra cada vez mais num contínuo de aparelhos (médicos, administrativos, etc) cujas funções são sobretudo reguladoras. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida (FOUCAULT, 2006b, p.157).

4.3 A HISTORIOGRAFIA DA PARTURIÇÃO ENQUANTO HISTORICIDADE DAS RACIONALIDADES POLÍTICAS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

...
Eu vi a mulher preparando outra pessoa
O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga
A vida é amiga da arte. É a parte que o sol me ensinou
O sol que atravessa essa estrada que nunca passou
Por isso uma força me leva a cantar. Por isso essa força estranha
Por isso é que eu canto, não posso parar. Por isso essa voz tamanha
...

Gal Costa. Força Estranha.

O parto se constitui de um evento constituinte da história da humanidade. Esta relação se estabelece antes mesmo dos seres humanos receberem a taxonomia de *Homo Sapiens*, uma vez que este acontecimento que hoje concebemos como social e cultural é, antes de mais nada, um evento biológico que marca a continuidade da espécie.

Por mais que o estudo de nossas espécies ancestrais revele que a parturição possui dinâmicas comportamentais instintivas similares (RANCK; WINDLE, 1959), é a concepção deste evento como um ato social que será aprofundada neste subcapítulo. Porém, não se pode negar que a historiografia da assistência à parturição, que neste estudo será compreendida por meio de fatos que constituem engendramentos da historicidade da racionalidade política do parto, é marcada por múltiplos possíveis começos.

Assim sendo, começar a "contar uma história" é, antes de mais nada, fazer uma escolha de por onde começar. Nesta perspectiva, a escolha feita baseia-se nos fatos historiográficos que compõe a historicidade da parturição na sociedade

ocidental, predominantemente formada ou colonizada por europeus que professam a fé judaico-cristã.

Como afirma Santos (2009), o partejar possui uma relação estreita com distintas dimensões da religiosidade. Partindo desta compreensão, abordar a temática do parto consistirá, em muitos momentos, na descrição dos papéis sociais femininos e na visão tida pela religião acerca do ser mulher, somadas gradativamente aos saberes e verdades da medicina, já que a parturição é um fenômeno que se escreve em seus corpos.

Esta escolha não desconsidera as influências de outras culturas, como a Grega, a Egípcia e a Hinduísta, sobre as concepções judaico-cristãs que envolvem o parto, especialmente em relação ao advento da medicina e filosofia greco-romana. No entanto, focará nos arranjos e rearranjos mais potentes e claros nos movimentos de objetivação e subjetivação que ocorreram ao longo de séculos e que se espraiam nos saberes-verdades da sociedade ocidental contemporânea.

Os fatos apresentados neste subcapítulo não representam a "totalidade de textos que foram conservados [ou salvos] por uma civilização", mas sim, "o jogo das regras que em uma cultura, determinam o aparecimento, a permanência, o desaparecimento e o apagamento de práticas, sua existência paradoxal de acontecimentos e de coisas" (FOUCAULT, 2001, p. 95). Todavia, as informações que revelam a historiografia da assistência à parturição são oriundas de séculos de pesquisas elaboradas majoritariamente por homens, em especial médicos com formação acadêmica (WITTER, 2007), o que certamente traz o viés do olhar masculino para os saberes sobre este evento (COLLING, 2015).

Por este motivo, muito mais do que a realidade absoluta e inquestionável, o conteúdo trazido neste subcapítulo revela saberes compatíveis com cada momento histórico. Estas épocas, mais do que espaços temporais, determinam regramentos e condições de possibilidades para o aparecimento de saberes tidos como verdades (FOUCAULT, 2012b).

Diante do exposto, considera-se a afirmação Foucaultiana de que "o saber acarreta efeitos de poder [...]" e, "[...] não é possível que o saber não engendre poder" (FOUCAULT, 2012b, p. 142). Ou seja, os elementos trazidos revelam um dos possíveis olhares do modo como a humanidade objetivou as múltiplas

dimensões da parturição e implementou meios para controlar a imprevisibilidade da natureza, tornando o corpo obediente.

4.3.1 Do “parirás” ao “parirás com dor”

Desde os primórdios da humanidade, a parturição, que é um acontecimento natural e fisiológico, foi se configurando em um acontecimento social e cultural (MAIA, 2008). Mesmo na pré-história o parto possuía representatividade, sendo registrado em pinturas rupestres. Durante esse período os seres humanos eram nômades, o que poderia trazer contextos ambientais adversos para a parturição. Desde modo, as cavernas e outros locais abrigados eram utilizados durante o processo parturitivo, onde a própria mulher realizava o manejo da situação, por vezes, com o auxílio do companheiro (GUALDA, 2017).

> A mulher paria de cócoras ou de joelhos, cortava o cordão umbilical com pedra afiada ou com os dentes e instintivamente lambia todo o recém-nascido. Este era colocado junto ao seu peito com um *sling* de pele animal para ser aquecido, confortado e transportado na busca de alimentos e nos processos de migração (GUALDA, 2017, p. 27-8).

Conforme os seres humanos foram aprimorando seus métodos de caça e evoluindo suas práticas agrícolas, gradativamente foi abandonado o nomadismo, tendo início o processo de fixação em tribos, que ao longo dos séculos viraram vilas e comunidades, tendo a mulher atribuições laborais diversas e muitas vezes semelhantes às dos homens. Neste momento histórico o parto deixa de ser um evento vivido somente pela mulher e seu companheiro, havendo a inclusão de outras mulheres nesta cena, tendo como práticas “dar conforto e apoiar a parturiente, sem interferência” (GUALDA, 2017, p. 28).

De modo gradativo as características que as mulheres deveriam apresentar para estarem presentes na cena do parto foram tornando-se mais específicas. Mulheres com mais idade, com reconhecida experiência no auxílio da parturição tornaram-se as assistentes ideais. Estas não eram responsáveis apenas pelos cuidados práticos, mas também pelo apoio emocional e auxílio espiritual durante a parturição (WERTZ; WERTZ, 1977).

Com a evolução destas ações, passou-se a incluir instrumentos que visavam auxiliar a parturiente. Primeiramente foram as pedras para que as mulheres pudessem se apoiar. Posteriormente estas foram substituídas por

bancos e cadeiras de parto que facilitavam o posicionamento da parturiente para a expulsão do feto (GUALDA, 2017).

Quando a humanidade passa a dominar a escrita, aproximadamente 4 mil anos Antes de Cristo (A.C.), a ação das mulheres que auxiliavam no parto já estava bastante consolidada (WERTZ; WERTZ, 1977). Estas eram:

> [...] mulheres mais velhas, na pós-menopausa, uma vez que mulheres no período menstrual eram consideradas poluídas. Eram mães de pelo menos dois filhos para que tivessem experimentado na própria carne as dores do parto. Tinham que ter costumes irrepreensíveis, boa disposição física e disponibilidade de tempo para acompanhar longas horas de trabalho de parto (GUALDA, 2017, p. 30).

Com a ascensão do Judaísmo, aproximadamente 18 séculos A.C., a relação social, emocional e espiritual da mulher e sua família com a parturição começa a mudar (WERTZ; WERTZ, 1977). É com a escrita do livro de Gênesis, presente no Torá Judeu e na Bíblia Cristã Católica, Ortodoxa e Protestante, que a visão sobre o papel social da mulher e do acontecimento do parto começam a se transformar (RIFFEL, 2005).

O livro de Gênesis, complementado por outros livros do Antigo Testamento (A.T.) foi se incluindo gradualmente nos discursos subjetivadores que designam as posições de gênero, trazendo à tônica discursiva a ideia de inferioridade feminina (COLLING, 2015). Neste conjunto de discursos, saberes e verdades, o parto deixa de ser entendido como um momento bendito, passando a ser visto como uma vivência profana e inferior, advinda do pecado (RIFFEL, 2005).

O início desta compreensão provém do primeiro trecho que faz referência ao parto, descrito em Gênesis, Capítulo 1, Versículo 3-16, que descreve o descumprimento da proibição divina de não comer do fruto que está na Árvore do Conhecimento[18], localizada no meio do Jardim do Éden. Ao fazê-lo, Eva é condenada a sentir as dores do parto, a serpente é condenada a rastejar sobre

[18] Ao alimentar-se do fruto da Árvore do Conhecimento, sob a promessa feita pela serpente de que “no dia em que comerdes da árvore, vossos olhos se abrirão, e sereis como Deus, conhecedores do bem e do mal” (BÍBLIA, A. T. Gênesis, 1, 8-9, 2008), Adão e Eva deparam-se com a “verdade” até então escondida por Deus, o que “representou a aquisição da autoconsciência e da genuína reflexão mental, e com esse conhecimento evolucionário, homens e mulheres tiveram, então, de enfrentar sua alienação anterior” (WILBER, 2010, p. 388).

o próprio ventre[19] e, juntamente com a Adão, são expulsos do paraíso (BÍBLIA, 2008).

> O Senhor Deus disse à mulher: ‘‘Por que fizeste isso?”. “A serpente enganou-me – respondeu ela – e eu comi.”. Então o Senhor Deus disse à serpente: “Porque fizeste isso, serás maldita entre todos os animais domésticos e feras do campo; andarás de rastos sobre o teu ventre e comerás o pó todos os dias de tua vida. Porei ódio entre ti e a mulher, entre a tua descendência e a dela. Esta te ferirá a cabeça, e tu lhe ferirás o calcanhar”[20]. Disse também à mulher: ‘‘Multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido e tu estarás sob o seu domínio[21]” (BÍBLIA, A. T. Gênesis, 1, 13-16, 2008).

O conteúdo trazido no livro de gênesis foi transmitido através de relatos orais passados através de gerações ao longo de mais de 1000 anos, antes de ser registrado por meio da escrita. A composição literária do livro de Gênesis é fragmentada em três períodos históricos distintos, sendo o primeiro durante o reinado do Rei Salomão em Israel, aproximadamente 950 anos A.C., o segundo entre 800 a 700 A.C., e o terceiro durante e após o exílio dos Judeus na Babilônia, entre 586 e 400 A.C. Os períodos referentes a perpetuação da história por meio da oralidade e posteriormente pela escrita, trouxeram características peculiares aos discursos presentes no livro de Gênesis, caracterizados pela perpetuação, retoque, rejeição de partes e contextualização social nas escritas acerca das origens do universo e da humanidade, e da relação do homem com Deus (SILVA, 2012). Esta conjuntura revela mais do que a existência de alterações históricas no conteúdo apresentado no livro de Gênesis, podendo apontar, em uma perspectiva Foucaultiana, a necessidade de “responder a uma urgência” daquele contexto social (FOUCAULT, 2008c, p. 244).

[19] A condenação da cobra a rastejar sobre seu ventre permite diferentes hipóteses interpretativas, dentre elas, destaca-se a ideia de inferiorização do feminino (o corpo que possui ventre), que agora passa a estar em contato com o solo, ambiente simbolicamente inferior e, por isso, humilhante (BONETTI, 2013).

[20] A condenação divina feita à serpente ocorre sem que esta pudesse ser ouvida e defender-se, acionando a ideia de que aquela que possui ventre não é digna de confiança, uma vez que o pecado cometido pelo homem se deu em virtude da ação da serpente (feminina) e de Eva (mulher) (BONETTI, 2013).

[21] Na continuidade deste trecho, a autoridade Divina explicita o sofrimento à qual está condenado por ter confiado na mulher: “Porque ouviste a voz da tua mulher e comeste árvore, de cujo fruto te proibi comer, amaldiçoado será o solo por tua causa. Com sofrimento tirarás dele o alimento todos os dias de tua vida. Ele produzirá para ti espinhos e ervas daninhas, e tu comerás ervas do campo. Comerás o pão com o suor do teu rosto, até voltares ao solo, do qual foste tirado”. (BÍBLIA, A. T. Gênesis, 1, 17-19, 2008).

Cabe destacar que a história de Eva não produz discursos somente acerca da parturição. Segundo o livro de demologia *Malleus Maleficarum*, de 1486, a própria criação de Eva já condiciona a mulher a inferioridade, má índole e comportamento pecaminoso.

> Convém reconhecer que houve uma falha na formação da primeira mulher, por ter sido ela criada a partir de uma costela recurva, ou seja, uma costela do peito, cuja curvatura é, por assim dizer, contrária à retidão do homem. E como, em virtude dessa falha, a mulher é animal imperfeito, sempre decepciona a mente (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 116).

Durante o mesmo período em que fora escrito parte o livro de Gênesis, sete séculos A.C, o segundo rei de Roma, Numa Pompílio, promulgou a lei que determinava a abertura do ventre das mulheres gestantes imediatamente após a sua morte. Esta prática, que se perpetuou por séculos e foi mais tarde revalidada pela igreja católica, visava salvar o feto que ainda poderia estar vivo. Todavia, os conhecimentos médicos da época levavam a um vasto insucesso da técnica (FRANÇA, 2008).

Ao longo dos séculos seguintes, conforme outros livros da Bíblia eram escritos, distintas vivências ruins e condenações divinas ao sofrimento espiritual eram exemplificadas por meio da comparação com a dor do parto, como encontrados em Jeremias, Capítulo 50, Versículo 43: “[...] Ele foi tomado de aflição, de dores como as de uma mulher que está dando à luz”; Miquéias, Capítulo 4, Versículos 9-10: “ [...] será que é por isso que você foi tomada de dores como a mulher que está dando à luz? Contorça-se e gema de dor, ó filha de Sião, como a mulher que está dando à luz, pois agora você sairá da cidade e morará no campo”; Salmos, Capítulo 48, Versículo 6: “ Ali o tremor se apoderou deles, uma angústia como a da mulher que está dando à luz” (BÍBLIA 2008).

O livro Bíblico de Êxodo, escrito entre 600 e 400 A.C. utiliza-se do contexto da parturição para elucidar outro aspecto. Em seu Capítulo 1, Versículos 15-17, é relatada uma ordem real dada às parteiras[22] e a ação de descumprimento deste comando:

> O rei do Egito ordenou às parteiras dos hebreus, das quais uma se chamava Sifrá e a outra, Pua: “Quando ajudardes as hebreias a dar à luz, observai o sexo das crianças. Se for menino matai-o. Se for menina deixai-a viver!” As parteiras, porém, temeram a Deus e não fizeram o que o rei do Egito lhes havia mandado. Pelo contrário, deixaram que os meninos vivessem (BÍBLIA, A. T. Êxodo, 1, 15-17, 2008).

[22] Mulheres que executavam a assistência ao parto (GUALDA, 2017).

Esta passagem histórica remete ao momento de fome que assolava o Egito, sua interface com o aumento populacional, a produção de alimentos (RIFFEL, 2005) e o poder do soberano, que possui em suas mãos a escolha de "fazer morrer e deixar viver" (FOUCAULT, 2010d, p. 286). Porém, é o enunciado "temor a Deus" que possui destaque, revelando que as parteiras estavam subjetivadas aos preceitos divinos de preservação da vida e obediência aos discursos e comandos atribuídos a Deus (RIFFEL, 2005). Na sequência do texto, esta subjetivação é positivada, como revelam os versículos 20 e 21: "Deus foi bondoso com as parteiras; [...]. Visto que as parteiras temeram a Deus, ele concedeu-lhes que tivessem suas próprias famílias" (BÍBLIA, A. T. Êxodo, 1, 20-21, 2008). O conteúdo apresentado nestes versículos passa a ter importância significativa, sendo a dimensão do temor a Deus o critério utilizado pela Igreja Católica séculos mais tarde para distinguir as parteiras Cristãs e as Bruxas[23]. Temor a Deus, no constructo referente ao ciclo gravídico-puerperal incluía, ainda, a não realização de práticas contraceptivas e abortos (RIFFEL, 2005).

Conforme os conhecimentos produzidos no Século IV A.C. por Hipócrates e Aristóteles foram se popularizando ao longo dos séculos III e II A.C., suas concepções acerca do corpo e comportamento feminino tornaram-se contribuintes aos discursos religiosos sobre a inferioridade feminina, iniciando uma comunhão produtiva entre o pensamento médico-filosófico e a religião. Dentre os saberes-verdades presentes nos discursos advindos de Hipócrates e Aristóteles está a impureza e inferioridade orgânica das mulheres, demonstrada pelo corpo por meio da menstruação (COLLING, 2015): "Num ser mais fraco deve necessariamente produzir-se um resíduo mais abundante e cuja cocção é menos elaborada" (ARISTÓTELES, 1961, p. 147).

A impureza representada pelo sangue advindo do útero durante a menstruação refletia-se também em outras dimensões, como as sexuais, sociais e religiosas. Durante o período menstrual as mulheres estavam proibidas de frequentar os templos religiosos, sob a alegação de que, caso o fizessem, tornariam aquele ambiente impuro, devido a mácula trazida pelo seu toque e, se

[23] A associação entre as práticas de cuidado e a bruxaria serão retomadas e detalhadas ainda neste capítulo.

tocassem em outra pessoa, poderiam transmitir a lepra[24]. Hipócrates e Aristóteles também afirmavam que a prática sexual enquanto houvesse fluxo menstrual geraria monstros. Perpetuaram-se conjuntamente os discursos de que o corpo feminino era frio e sem vivacidade, servindo apenas de receptáculo para o sêmen do homem, de onde se origina a vida humana (COLLING, 2015).

Já no século I A.C., em um período em que a medicina se baseava nos conhecimentos trazidos pela escola Hipocrática e Aristotélica acerca dos humores corporais[25], o médico Sorano de Éfaso apresentou o tratado denominado “Doença das Mulheres”, em 98 A.C. Este tratado de doutrinas médicas trouxe significativas contribuições à época, especialmente no que diz respeito aos conhecimentos já popularizados entre as parteiras sobre as diferenças anatômicas entre homens e mulheres, e sobre o parto (HANSON; GREEN, 1994).

Todavia, neste período, o corpo feminino permanecia sendo visto como representação do pecado de Eva, da tentação e comportamentos depravados (RIFFEL, 2005). Assim sendo, mesmo com a apresentação do tratado deSorano, que descreviam diferenças biológicas entre homens e mulheres e terapêuticas humorais igualmente distintas, o cuidado aos fenômenos que envolviam o contato com sangue feminino, como a parturição, permaneceram com a mulheres parteiras (HANSON; GREEN, 1994).

No ano de 48 A.C. nasceu Caio Julio César, que mais tarde tornou-se imperador de Roma. Mesmo não havendo consenso entre os historiadores, algumas vertentes históricas acreditam que, diante da não progressão do parto, sua mãe, Aurélia, foi submetida a uma incisão abdominal para retirada do feto. Desta forma, o nome de César teria relação com o verbo latino *caedere*, que

[24] A lepra, atualmente denominada como Hanseníase, é uma doença crônica e transmissível com alto poder incapacitante. Causada pelo bacilo *Mycobacterium Leprae*, atinge pele, nervos periféricos, cérebro e outros órgãos, tornando-se uma doença que afeta a humanidade desde seus primórdios (BRASIL, 2016a).

[25] O conceito de humor, apresentado pela escola hipocrática, refere-se a presença de substâncias corporais responsáveis pela vida e saúde do corpo. Inicialmente, tinha-se a compreensão de que haviam inúmeros humores no corpo. Posteriormente, este entendimento foi simplificado, concebendo a ideia da existência de quatro humores: o sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile negra. Os processos de adoecimento e a morte eram provenientes da desarmonia entre estes quatro humores. Na tentativa de harmonizá-los e propiciar a cura, eram implementadas práticas de sangrias, lavagens gástricas, jejuns, dentre outros (REZENDE, 2009).

significa “cortar”, dando origem ao adjetivo *caesares*, para designar a retirada do feto com vida por meio de um corte abdominal (REZENDE, 1974, p. 895).

Todavia, a era do Imperador César não trouxe influências somente para a nominação do procedimento cirúrgico da cesárea, que permite a retira do feto por via abdominal. Foi durante seu império que houve o nascimento de Jesus de Nazaré, que fora considerando o messias prometido nas escrituras do Antigo Testamento por muitos indivíduos da época – crença que deu origem ao cristianismo alguns séculos mais tarde. O contexto deste nascimento trouxe transformações na forma de ver a mulher, seu corpo e a parturição (RIFFEL, 2005).

4.3.2 Útero: o divino e o profano

O nascimento de Jesus de Nazaré e a popularização do discurso no final do Século I e início do Século II, de que sua concepção se deu por meio do Espírito Santo[26] e não através de um ato sexual, traz uma nova interpretação acerca do corpo da mulher, da feminilidade e papel na sociedade (BROWN, 1990). O útero, até então desprezado e associado ao pecado, ganha importância na produção de saberes (FOUCAULT, 2002) e uma nova leitura para a dimensão religiosa, pois Deus havia habitado nele (BROWN, 1990). Com isto, o útero passa a ser reconhecido como “o mais amável, augusto, santo, e milagroso templo do universo” (FOUCAULT, 2002, p. 87).

Mesmo com toda reconfiguração trazida pelo acontecimento supracitado, há uma única passagem bíblica que aborda a dimensão do parto da Virgem Maria sob a perspectiva da parturição e não com o enfoque do nascimento de Jesus de Nazaré. Descrita no livro de Isaías, presente no Novo Testamento (N.T.), Capítulo 66, Versículo 7, revela que: “antes que estivesse de parto, deu à luz; antes que lhe viessem as dores, deu à luz um menino” (BÍBLIA, N. T. Isaías, 66, 7, 2008). Este fato é atribuído às características imaculadas da

[26] Segundo a doutrina cristã, a entidade divina – Deus – é caracterizada pela consubstancialidade de três pessoas que compõe a Santíssima Trindade: o Pai, o Filho e o Espírito Santo, que ao mesmo tempo que são distintas entre si, possuem a mesma substância, essência e natureza (CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA, 1993).

Virgem Maria, que a preservava do pecado original[27] e, consequentemente, das dores do parto (KUNRATH; BACHELADENSKI, 2005).

Com o estabelecimento da imagem imaculada da Virgem Maria e do casamento como um ato sacramentado, surge um novo discurso subjetivador acerca da mulher, sem vícios, sem malícias e sem sensualidade. Passam a coabitar no entendimento religioso e social a figura de duas mulheres antagônicas em seus comportamentos: Eva, o exemplo pecaminoso de desonra; e a Virgem Maria, o exemplo de santidade, devoção, humildade, castidade e abnegação. Partindo destas compreensões, o ideal de comportamento virtuosos da Vigem Maria começa a se difundir socialmente, acompanhado de práticas de confinamento das mulheres no mundo doméstico e de discursos de obediência ao marido, endossadas religiosamente (COLLING, 2015).

Este constructo acerca das características comportamentais esperadas pela mulher, a exemplo da Virgem Maria, espraiou-se nos escritos dos primeiros cristãos, mesmo antes da solidificação do cristianismo enquanto religião (SOUSA, 2004). Uma das cartas do Apóstolo Paulo (posteriormente denominado de São Paulo), escrita no ano de 55 D.C., que está presente em um livro Bíblico do Novo Testamento (N.T.), detalha como deve ser a conduta das mulheres nos ambientes religiosos:

> [...] permaneçam as mulheres em silêncio nas igrejas, pois não lhes é permitido falar; antes permaneçam em submissão, como diz a lei. Se quiserem aprender alguma coisa, que perguntem a seus maridos em casa; pois é vergonhoso uma mulher falar na igreja (BÍBLIA, N. T. Coríntios, 14, 34-35, 2008).

No livro de Timóteo esta compreensão é retomada, dando ênfase ao relacionamento da mulher e seu marido:

> A mulher aprenda em silêncio, com toda a sujeição. Não permito, porém, que a mulher ensine, nem use de autoridade sobre o marido, mas que esteja em silêncio. Porque primeiro foi formado Adão, depois Eva. E Adão não foi enganado, mas a mulher, sendo enganada, caiu em transgressão (BÍBLIA, N. T. I Timóteo, 2, 11-14, 2008).

[27] O pecado original faz parte das doutrinas cristãs, que busca explicar a origem da imperfeição humana e dos sofrimentos. Segundo a doutrina, os primeiros seres humanos, Adão e Eva, que consistem nos antepassados de toda a humanidade, pecaram ao comer o fruto proibido que lhes causaria a morte. Ambos não morreram, mas foram expulsos do paraíso, levando consigo o pecado original que causa a morte, que seria congênito e hereditário. Na tradição cristã, este pecado fora redimido pela morte imerecida de Jesus, salvando os seres humanos da morte eterna, numa perspectiva espiritual (LE GOFF; FRUONG, 2006);

Corroborando com esta visão religiosa, os novos passos da ciência da época, produzidos por Galeno através de suas objetivações do corpo feminino, também possuíam alinhamento com o pensamento médico da escola Hipocrática. Galeno utiliza-se da argumentação sobre a temperatura corporal para justificar que os órgãos reprodutivos femininos são o inverso dos masculinos, e que a falta de calor impediu que eles se exteriorizassem ainda durante o processo embrionário (COLLING, 2015):

> Representai-vos as primeiras (as partes) que se oferecem à vossa imaginação, quaisquer que sejam, voltem para fora as da mulher, dobrem para o interior as do homem, e achá-las-ão semelhantes umas às outras. Primeiramente suponham comigo as do homem recolhidas e estendendo-se interiormente entre o reto e a bexiga; nesta suposição, o reto ocuparia o lugar das matrizes, com os testículos de cada lado da parte externa; o pénis do macho tornar-se-ia o colo da cavidade que se produz, e a pele da extremidade do pénis, que chamamos agora prepúcio, tornar-se-ia a vagina da mulher. Suponham inversamente que a matriz se volta e cai para fora, os seus testículos não se achariam necessariamente dentro da sua cavidade; não os envolveria ela como um escroto? O colo até aí solto dentro do pireneu, pendendo nesta altura, não se tornaria o membro viril, e a vagina da mulher, que é um apêndice cutâneo desse colo, não tornaria o lugar do que chamamos prepúcio? (GALENO, *apud* JOAQUIM, 1997. p. 116).

A associação dos discursos médicos de inferioridade e de impureza revelada pela presença do sangue menstrual, com os discursos religiosos de subalternidade e abnegação feminina, refletiam-se em todas as dimensões da vida das mulheres (COLLING, 2015). Esta convergência de verdades impulsionou ainda mais o distanciamento do homem do momento do parto, incluindo o marido, visando afastar o homem – o masculino – deste momento caracterizado pelas dores advindas do pecado e da impureza trazida pela presença do sangue (GUALDA, 2017).

Conforme o cristianismo ganhava seguidores ao longo dos séculos II e III D.C, estes discursos acerca da mulher e da parturição se propagavam e conduziam as condutas sociais (SOUSA, 2004). Com a autorização dada no ano 313 D.C. por Constantino[28] e Licínio[29] aos cristãos, o cristianismo foi reconhecido como religião, permitindo a organização não escusa das comunidades religiosas e a pregação pública da doutrina (HOLMES; BICKERS, 2006).

[28] Imperador Romano entre os anos de 306 e 337 D.C. (HOLMES; BICKERS, 2006).
[29] Co-Imperador Romano entre os anos de 308 e 324, junto a Constantino (HOLMES; BICKERS, 2006).

Os discursos antagônicos acerca das duas principais mulheres que marcam a história do cristianismo permaneceram latentes durante a consolidação da Era Cristã, nos séculos III, IV e V. Esta conjuntura, associada ao conhecimento produzido pela medicina – já intimamente entrelaçada com religião – levou os líderes religiosos da já denominada Igreja Católica, a discutirem no Concílio de Macon[30], no ano 585, se existia alma no corpo feminino. Após dias de debate entre os representantes religiosos, a proposição de que as mulheres não possuíam alma perdeu por um voto (GUINDA, 2002).

Com o advento da Idade Média (dos séculos V ao XV D.C.), a visão acerca do universo feminino permanece estagnada nos argumentos de inferiorização feminina e nos antagonismos entre Eva e a Virgem Maria. Neste período o domínio da escrita estava centrado predominantemente no Clero Católico. Eram estes homens, "entrincheirado em seu mundo fechado pelos muros dos monastérios, separado das mulheres pelo celibato", que escreviam sobre suas vidas, condutas e subalternidade, descrevendo a mulher "a distância, com medo e estranheza" (SILVA; MEDEIROS, 2013, p. 5). Deste modo, os registros sobre o parto neste período são escassos, pois este evento processava-se na intimidade dos lares, com a presença exclusiva de mulheres, distante dos olhares do clero (GUALDA, 2017).

Durante o Século VIII, liderados pelos teólogos Tomás de Aquino, João Duns Escoto e Alberto Magno, torna-se fortalecido o culto de Veneração à Virgem Maria. Esta perspectiva teológica visava edificar entre as mulheres os valores marianos de devoção, humildade, castidade e abnegação, como comportamentos que as afastariam do pecado. Esta visão que aproximava as mulheres da possibilidade da santidade foi ganhando adeptos, fomentando o crescimento do número de mulheres que ingressavam nos conventos católicos (SOUSA, 2004).

Tal movimento abriu a possibilidade para a valorização da mulher que seguia os moldes marianos, culminando na canonização de 460 mulheres ao longo da Idade Média. Com isto, ampliou-se o registro acerca das mulheres de

[30] Assembleias eclesiásticas dos Bispos da Igreja Católica, realizadas na cidade de Macon, na França. Houve seis Concílio de Macon, nos anos de 579, 581, 585, 627, 906 e 1285 D.C. (GAUDEMET; BASDEVANT, 1989).

vida religiosa, porém permaneceram escassos os registros sobre as que vivem fora dos conventos (SOUSA, 2004).

Esta conjuntura reacendeu as discussões acerca do ideal de feminilidade, sendo que as condutas que as distanciavam do mesmo eram considerados heresias. Neste contexto, estava socialmente prescrito que as mulheres deveriam professar todos os preceitos da fé católica, mantendo-se castas e obedientes antes do casamento, submissas, fiéis e subordinadas após o matrimonio ou ingressassem na vida religiosa. Aquelas que não seguissem estas características, eram consideradas de má índole, vinculadas a magia negra e aos cultos pagãos demoníacos (GEVEHR; SOUZA, 2014).

Conjuntamente a maior inserção das mulheres na vida religiosa, houve a ampliação da interface da igreja com o mundo externo dos monastérios e conventos, ampliando a participação dos leigos nos ritos e ambientes religiosos (ERLANDE-BRANDENBURG, 2002). A inter-relação entre o mundo intra-monastérico e a sociedade leiga, refletiu-se numa maior compreensão da Igreja acerca dos acontecimentos não religiosos, na difusão do catolicismo entre outros povos e, consequentemente, no fortalecimento do patriarcado nas dinâmicas sociais e familiares (SILVA; MEDEIROS, 2013). Todavia, a presença das mulheres nos espaços sociais permanecia intensa, justificada pela necessidade de participação nas dinâmicas laborais (GUALDA, 2017).

Os dois séculos seguintes caracterizam-se pela grande expansão do Catolicismo e, ao longo deles, o comportamento feminino permaneceu sempre em objetivação. Para alguns teólogos da época, mesmo as mulheres casadas e que professavam a fé católica deveriam ser constantemente vigiadas, pois eram consideradas um “diabo doméstico”, merecendo “surras eventuais”, sempre que se mostrassem não obedientes, especialmente se este ato de desobediência fosse cometido nos espaços públicos. Já as mulheres que não seguiam as doutrinas católicas cada vez mais eram vistas como uma grande ameaça à Igreja e à sociedade, que de modo ardiloso planejavam armadilhas para atrair os homens e levá-los a cometer o pecado (SILVA; MEDEIROS, 2013, p. 117).

Também estavam engendrados nos discursos teológicos deste período histórico que mesmo quando o demônio não se utilizava de mulheres reais para manifestarem-se e levar os homens a pecar, este se apresentava em formato de mulher para seduzir os leigos e os sacerdotes (VARAZZE, 2003):

> Desejoso de que nada faltasse à convidada, o bispo dedicou muita atenção a ela, olhava-a com frequência e não deixou de admirar sua beleza. O bispo já estava a ponto de ceder à tentação, já planejava dormir com aquela mulher assim que a possibilidade se apresentasse, quando de repente um peregrino bateu à porta com violência, pedindo aos berros que abrissem. [...] o bispo perguntou a mulher se ela queria receber esse peregrino. “Apresenta-lhe”, disse ela, “alguma questão difícil: se ele souber responder, faça-o entrar; se não for capaz, afaste-o como ignorante e como pessoa indigna de comparecer diante do bispo”. (VARAZZE, 2003, p.66).

A objetivação sacerdotal da dinâmica social advinda da ampliação de sua interface na sociedade permitiu a emergência de discursos sobre fenômenos até então pouco expressivos nos registros teológicos e o detalhamento da diferenciação do mesmo enquanto uma conduta santa ou pecaminosa (GEVEHR; SOUZA, 2014). Neste momento, o parto, que não era um evento vivenciado ou observado pelos sacerdotes e freiras antes enclausurados, reaparece na preleção, porém, como acontecimento de risco espiritual para aqueles que não professam a fé católica:

> Uma mulher que vivia com um assassino ficou grávida, mas não conseguia parir. Gritando de dores, pediu à irmã: “Vá por mim invocar Diana[31], nossa deusa”. Enquanto a irmã rezava, o diabo disse-lhe: “Por que se dirigir a mim, que não sou capaz de socorrê-la? É melhor ir ver o apóstolo André, que poderá ajudar sua irmã”. Ela foi e levou-o à casa da irmã. O apóstolo disse então à parturiente: “É justo que você sofra, porque é mal casada, concebeu no mal e consultou demônios. Mas arrependa-se, creia em Cristo e dê à luz” (VARAZZE, 2003, p.60).

Em meio a essa conjuntura que entrelaça cada vez mais a história das sociedades ocidentais e a Igreja Católica, foram produzidas novas verdades religiosas advindas das urgências reveladas pelas objetivações, de modo a abarcar todas as dimensões da vida e impedir a devoção a deuses pagãos (VARAZZE, 2003). Neste contexto emerge a devoção a Nossa Senhora do Bom Parto, entre o final o Século X e início do Século XI. Esta representação da Virgem Maria passa a ser evocada durante a gestação e processo parturitivo (TAVARD, 1999), também sendo atribuição das parteiras cristãs a evocação deste auxílio espiritual (RIFFEL, 2005).

Ainda no Século XI tem início as Cruzadas Católicas, estendendo-se até o Século XIII. As Cruzadas tinham como intensão a reconquista e domínio cristão de Jerusalém – entendida como Terra Santa. A literatura afirma que a ideia

[31] Equivalente Romano da Deusa Grega Ártemis, considerada a deusa da lua, da magia, da caça, dos animais selvagens, do parto e da virgindade (CAMPBELL, 2016).

popularizada de que as Cruzadas foram movimentos bélicos com a participação exclusiva de homens, é um equívoco. Segundo a obra “A Mulher nos Tempos das Cruzadas” da historiadora Regine Pernoud, as Cruzadas consistiram em grandes movimentos de peregrinação, que almejavam não apenas reconquistar Jerusalém, mas repovoá-lo, tornando a Terra Santa, um espaço cristão. Durante as peregrinações, as mulheres tiveram papel preponderante, não apenas na retaguarda, mas adentrando aos campos de combate (PERNOUD, 1993).

Este contexto torna ambígua a situação das mulheres na sociedade. Enquanto muitas foram para as peregrinações, outras ficam desamparadas de seus pais, irmãos e maridos em virtude das guerras, tendo que cuidar de modo solitário as atividades laborais que originavam suas fontes de renda. Concomitantemente, há um intenso processo migratório das mulheres para os conventos (COLLING, 2015), que passam a ocupar novos espaços na hierarquia institucional, como o caso da Senhora Petronilla de Chemillé, que foi nomeada para coordenar três mosteiros destinados ao cuidado de leprosos, sendo dois femininos e um masculino, no ano de 1101 (VILLOSLADA, 1958). Ao longo das décadas e séculos seguintes esta prática tornou-se usual, mesmo em ordens religiosas masculinas (KNOWLES; OBOLENSKY, 1983). Com a abertura e ampliação dos ambientes religiosos de assistência à população doente, o parto começa a reaparecer, porém este interesse não se projetava sobre a parturição em si, mas nas mulheres que partejavam, gerando desconfiança das instituições religiosas (GUALDA, 2017).

4.3.3 Do feminino ao masculino, da bruxa ao médico

Mesmo com a ampliação de monastérios e conventos por toda a Europa, o aumento progressivo e muitas vezes descontrolado no número de povoados, dificultava a difusão e perpetuação dos dogmas cristãos em muitas localidades. Neste contexto, surgem organizações apartadas das instituições eclesiásticas em que muitas mulheres se integraram. Destaca-se o Movimento das Beguinas, que surgiu na Bélgica no Século XIII e se estendeu por vários países da Europa, até o Século XVI (MACEDO, 2002, p. 49-50).

Este movimento era comporto de mulheres solteiras e viúvas, predominantemente de camadas econômicas favorecidas, que formavam comunidades filantrópicas voltadas aos mais pobres, aos sem teto e aos

leprosos. A Igreja tentou inúmeros vezes integrar tais iniciativas às ordens Franciscanas e Dominicanas, sendo que as organizações que resistiram a integração "foram consideradas hereges e, por isso, excomungadas, isto é, excluídas do seio da cristandade" (MACEDO, 2002, p. 49-50).

A heresia que sempre preocupou ao clero, torna-se uma ameaça quando passam a existir instituições hereges com a participação da alta sociedade, como no caso do Movimento das Beguinas (MACEDO, 2002), especialmente pelo grande potencial de levar a atos de desobediência contra a hierarquia civil. Diante disto, as próximas ações da interface Igreja-sociedade centraram-se exatamente no combate as heresias (EYMERICH, 1993).

Um dos principais órgãos de combate a Heresia foi o Tribunal da Santa Inquisição, instituído pelo Papa Gregório IX, em 1229. Conforme as práticas do Tribunal da Santa Inquisição se solidificavam, a Igreja ocupou-se da investigação, julgamento e condenação, mas ficava sob responsabilidade do Braço Secular, órgão civil governamental, a execução das sentenças. Com o passar do tempo, as penas condenatórias tornaram-se mais violentas, endossadas pela Igreja, que se retirava da responsabilidade do ato de matar, que estava a encargo do Braço Secular (EYMERICH, 1993).

No entanto, foi entre os Séculos XIV e XVIII que as ações do Tribunal da Santa Inquisição espalharam-se por toda a Europa e as colônias de seus países em outros continentes. A potencialização das ações inquisidoras ocorreu com a publicação do livro *Malleus Maleficarum* (Martelo das Bruxas), em 1446/1447, de autoria dos dominicanos Heinrich Kraemer e James Sprenger (EYMERICH, 1993).

O *Malleus Maleficarum* foi utilizado como um manual de regras, normas e condutas que adentraram a capilaridade clérica e social, reacendendo os discursos que associavam a feminilidade e as práticas demoníacas. Segundo a obra, a falta de controle das mulheres sobre a lascívia e insaciedade da “boca do útero”, órgão motivador da luxúria, fazia com que as mesmas tivessem práticas sexuais até mesmo com os demônios, que as tornava bruxas. A “boca do útero”, presente em todas as mulheres, justificaria o grande número de feiticeiras, pois todas teriam este potencial de transformação demoníaco (KRAMER; SPRENGER, 2000, p.117).

Nesta época, muito dos ensinamentos de Hipócrates ainda estavam em vigência, o que incluía a proibição dada aos médicos para que tocassem em sangue e fluídos humanos, fazendo com que o parto permanecesse como um evento exclusivamente feminino (OLIVEIRA, 1981). Porém, o ofício da parteira era considerado um fazer desqualificado e sem prestígio, uma vez que se prestava a assistir à pecadora – mulheres que vivenciaram sua sexualidade e por isso engravidaram – e o fruto de seus pecados – os seus filhos (RIFFEL, 2005). Este contexto caracterizado pela atuação exclusiva de mulheres, somado ao potencial que estas tinham de tornarem-se bruxas, por não saberem dominar a "boca do útero" (KRAMER; SPRENGER, 2000, p.117), chamou a atenção dos inquisidores, que consideravam que Deus permitia "que a bruxaria venha a afetar mais as funções procriadoras que as demais funções do organismo" (KRAMER; SPRENGER, 2000, p.190).

Ao longo do Século XV, enquanto projetavam seus olhares sobre as práticas das mulheres que realizavam a arte de partejar – as parteiras, vislumbraram que elas faziam uso de ervas, poções e rezas que objetivavam facilitar o parto (GUALDA, 2017). Estes aspectos, associados ao fato de manusearem substâncias impuras (sangue, líquido amniótico, etc) e intervir em favor das parturientes ao invés do feto diante dos casos em que houvesse riscos iminentes, fez com que as mesmas passassem a ser consideradas bruxas. Somavam-se a estas características, acusações de práticas de aborto e de execução dos fetos após o nascimento, com a intenção de "oferecer aos demônios o maior número possível de recém-nascidos" (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 216). Tal conjuntura fez com que as parteiras fossem adjetivadas como os piores tipos de bruxas (KRAMER; SPRENGER, 2000).

Para extrair confissões das parteiras e demais mulheres de modo a validar as acusações de bruxaria, eram utilizados diversos métodos de tortura (EYMERICH, 1993) que, em conjunto com a condenação a fogueira, consistiam nos "remédios potentes para prevenir a doença da heresia e de outras torpezas que difundem seu veneno para a destruição de muitas almas inocentes" (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 44). A preocupação com as "almas inocentes" não fazia referência somente as crianças nascidas das parturientes assistidas pelas parteiras, uma vez que o Tribunal da Santa Inquisição só permitia que as bruxas condenadas fossem queimadas quando estivessem menstruadas,

garantindo assim que não estariam gravidas e, consequentemente, a condenação não estaria matando um “inocente” que “poderia ser criado no caminho da verdade” (RIFFEL, 2005, p. 103).

Não se sabe ao certo quantas pessoas foram mortas, mas os historiadores acreditam que foram milhares (EYMERICH, 1993), predominantemente mulheres parteiras (GUALDA, 2017). Segundo Grosfoguel (2016, p. 42), a inquisição configura-se em um “epistemicídio”, uma vez que os discursos, saberes e verdades perpetuados entre as mulheres parteiras, de geração em geração, estava seus corpos e eram transmitidos através da oralidade e não por meio de livros. Para o mesmo autor, os conhecimentos das parteiras foram predominantemente perdidos, desqualificando fortemente a assistência ao parto nesta época (GROSFOGUEL, 2016).

Estas circunstâncias permitiam a emersão de dois contextos distintos. O primeiro deles foi a criação de uma série de regulamentos para o exercício da atividade das parteiras, denominadas agora de parteiras cristãs. Estas eram mulheres católicas, das quais se exigia um certo nível de instrução e formação para a assistência ao parto (GUALDA, 2017).

Elas atuavam desde a gestação, aconselhando as gravidas a não procurarem por bruxas para realização dos seus partos, sob a pena de punições divinas (RIFFEL, 2005), bem como, notificavam a Igreja caso constatassem a realização de abortos, partos de mulheres solteiras ou o uso de práticas anticoncepcionais. Além disso, possuíam autorização para realizar o sacramento do batismo, confissões de morte e a extrema unção diante de uma complicação obstétrica que poderia acarretar a morte da mulher ou do feto, quando não houvesse a disponibilidade de um padre para fazê-los (GUALDA, 2017).

Já o segundo aspecto advindo da caça às bruxas-parteiras, foi a gradativa aproximação e apropriação dos homens pelo evento da parturição (GUALDA, 2017), pois, mesmo com o fazer das parteiras cristãs, o exercício do partejar tornou-se uma atividade suspeita (SEIBERT, *et al.*, 2005). Esse processo ocorre ao longo dos séculos seguintes, marcado por tensionamentos, distanciamentos e aproximações entre o fazer médico e as parteiras, tendo dinâmicas diferenciadas nos distintos países (VIEIRA, 2002).

Alguns registros históricos do século XVI revelam as tensões existentes em relação ao controle sobre o partejar, bem como, tentativas de resolução da

parturição por meio de atos cirúrgicos (GRAÇA, 2003). Dentre estes fatos, destaca-se o ocorrido no ano de 1500, na França, onde o criador de porcos Jaques Nuffer solicitou às autoridades locais a permissão para abrir o ventre de sua esposa, Isabel, que estava há muitos dias em trabalho de parto. Com o emprego dos instrumentos utilizados em seu trabalho para carnear os porcos, procedeu a retirada do feto, sendo que sua mulher e o filho sobreviveram, tento posteriormente outros filhos por meio de partos vaginais (THORWALD, 2002).

Já em 1522, um cirurgião[32] de Hamburgo, na Alemanha, se disfarçou de parteira e, escondido, auxiliou no manejo de um parto vaginal. Esta prática foi considerada sacrilégio pela Igreja, sendo este cirurgião condenado a morte na fogueira após ter sido descoberto (GRAÇA, 2003). Na segunda metade do mesmo século, a presença masculina no parto estava mais consolidada em alguns países. Neste momento histórico, a regulamentação do exercício das parteiras passou a exigir a presença de cirurgiões para auxiliá-las (VIEIRA, 2002).

Indo ao encontro destas determinações, Françoys Rousset, que era cirurgião do Duque de Sabóia, lançou, no ano de 1581, o livro "*Traité nouveau de l'Hysteromotokie ou Enfantement caesarien"* (Novo Tratado de Histeromotocia ou Nascimento Cesariano[33]). A obra, dedicada exclusivamente para descrever a técnica cirúrgica do parto cesário, baseando-se no sucesso obtido por Jaques Nuffer, traz orientações como: o esvaziamento prévio da bexiga, para que esta não seja lesionada durante a cirurgia[34], a abordagem

[32] As atribuições das atividades laborais relacionadas às práticas de cuidado aos doentes foram se diferenciando ao longo da Idade Média, sendo que, no Século XVI estas distinções já estavam bastante consolidadas, permitindo caracterizar três dimensões de atuação: os médicos, os cirurgiões (ou cirurgiões-barbeiros) e os boticários. Aos médicos era atribuída, dentre outras coisas, a prática assistencial voltada aos adultos em que não houvesse contato com sangue e outros fluídos corporais; aos boticários era atribuído o cuidado das crianças, sem contato com sangue e fluídos; já os cirurgiões realizavam as intervenções operatórias, onde havia contato com sangue e todos os demais fluídos humanos (JORGE, 1976). Com o advento do Século XVIII o aspecto formativo destes profissionais na área da medicina também estava normatizado,sendo que aos cirurgiões bastaria realizar três dos seis exames que eram obrigatórios aos médicos e boticários (FOUCAULT, 2011b).

[33] Tradução nossa.

[34] O esvaziamento da bexiga por meio do cateterismo vesical de demora permite a monitorização do débito urinário durante e após a cesariana e torna a área ocupada pelo órgão dentro da cavidade abdominal menor, se comparada com a bexiga repleta de urina. A condução da cesárea é largamente associada a colocação do cateter vesical de demora, mesmo diante a existência de múltiplos estudos que demonstram que esta prática não melhora significativamente a exposição cirúrgica do segmento uterino e não reduz a incidência de lesão do trato urinário, podendo estar associada ainda a bacteriúria, disúria, sepse urinária e aumento do período de hospitalização no pós-cesárea (MACONES, et al., 2019).

cirúrgica pelo lado direito ou esquerdo do abdômen, a não sutura do útero após a extração do feto, placenta e âmnios, e a sutura da parede abdominal e da pele. O total insucesso das técnicas ensinadas por Rousset que foram implementadas pelos leitores de sua obra, fez com que seus contemporâneos e outros cirurgiões ao longo das décadas seguintes concluíssem que ele jamais teria realizado uma cesárea (THORWALD, 2002).

Com a gradativa apropriação masculina dos conhecimentos sobre o partejar, novas práticas e instrumentos foram concebidos e inclusos, demarcando paulatinamente a presença dos cirurgiões durante o parto, sob a justificativa de possuírem mais habilidades e artifícios para salvar a vida da parturiente e do feto. Dentre estes instrumentos, destaca-se a invenção do fórceps, em 1581, pela família Chamberlen, na Ingraterra (ROHDEN, 2001). Segundo Litoff (1982), citado por Osava (1997, p 11), a "invenção do fórceps foi o evento que, isoladamente, maior influência exerceu na aceitação da obstetrícia como disciplina técnica e científica". Para o mesmo autor, "o uso do fórceps introduziu o conceito de parto como um ato comandado pela vontade humana" (OVASA, 1997, p 11).

A respeito desse processo de transformação na assistência ao parto iniciado com a inquisição e acentuado ao longo do século XVI, Maia (2010, p. 31) afirma que:

> A Igreja medieval já havia colocado as parteiras no lugar de feiticeiras e bruxas – principalmente pela suspeita de sua relação com o infanticídio e o aborto – a medicina iluminista selou sua aliança com o Estado e difundiu a associação entre parteiras e sujeita.

Durante este mesmo período houve a expansão de alguns países europeus a outros continentes, por meio das grandes navegações. Nestes territórios colonizados por europeus, como no caso do Brasil – que possuía a denominação de Ilha de Vera Cruz, o fazer obstétrico ainda estava totalmente nas mãos das parteiras. Especificamente no território da Ilha de Vera Cruz, a exigência de algum grau de formação para as parteiras teve início em 1521, quando foram instituídas normatizações. Dentre os aspectos requeridos estava a alfabetização, o pagamento de uma taxa e a comprovação das habilidades técnicas em frente ao representante nomeado pelo Rei de Portugal (JORGE, 1976).

Para Tornquist (2004), neste período histórico do Brasil colônia existiam distintos tipos de parteiras, sendo estas diferenciações oriundas de questões étnicas, sociais e formativas. Estas características perduraram por mais de três séculos, onde a palavra “parteira” era utilizada para denominar:

> a “negra escrava” que atendia as mulheres da senzala e da casa grande, como parte de suas atribuições de cativa, serva; a “negra forra”, que, na condição de liberta e na cidade, passou a desempenhar o ofício como parte de sua estratégia de sobrevivência; a “parteira camponesa”, que atuava no interior, prestando socorro às vizinhas e parentes; a “parteira”, que fez cursos rápidos de treinamento, em geral, em instituições filantrópicas religiosas, que lhe conferiam um prestígio adicional, legitimado pela Igreja e envolvendo uma dimensão de normalização e moralização; as “parteiras examinadas”, que prestavam um exame diante de um júri no período Imperial (TORNQUIST, 2004, p. 100).

Ao despontar o Século XVII, enquanto a inquisição e seus efeitos se consolidavam, a presença dos homens no manejo da parturição tornava-se mais comum e bem vista, relacionados a maior força física dos mesmos e o uso de instrumentos como o fórceps, o que lhes conferia mais capacidade de intervir em partos difíceis (GRAÇA, 2003). Todavia, as ações ocorridas durante a parturição que lhes obrigavam a ter contato com sangue permaneciam sendo designadas para as parteiras, como uma forma de manter intacta a dignidade e honra dos cirurgiões, que cada vez mais desejavam o status de médicos (REZENDE, 1974).

Esta situação começa a mudar em 1627, com a morte da Duquesa de Orléans durante o parto. Este evento trouxe grande impacto na reputação e prestígio das parteiras francesas, e rapidamente a notícia do ocorrido se espalhou pelos países da Europa e suas colônias. Diante deste precedente, em 1633 ocorreu o primeiro parto manejado exclusivamente por um homem, que fora chamado para prestar a assistência ao nascimento de um dos filhos do Rei Luís XIV, em detrimento da atuação de mulheres parteiras (GRAÇA, 2003).

A ocorrência deste fato estimulou a popularização da atuação de cirurgiões, alguns também denominados de parteiros, entre as cortes e nobres europeus (GRAÇA, 2003), solidificando a ideia de que o partejar deve ser conduzido por um homem para que seja considerado ideal (RIFFEL, 2005). Porém, o número de cirurgiões aptos para atuar nos partos ainda era muito pequeno. Como uma forma de demarcar este fazer como parte do conhecimento dos cirurgiões – homens – mesmo que não pudessem estar presentes em todos

os partos, a formação das parteiras e os manuais utilizados pelas mesmas passaram a ser produzidos exclusivamente por eles (MARTINS, 2004).

Todavia, nem todos os países da Europa comungaram deste mesmo movimento. Registros revelam que ao longo do Século XVII, Portugal mantinha-se em meio as concepções Medievais de que o corpo da mulher carregava fluídos repugnantes e comportamentos pecaminosos, o que mantinha os cirurgiões completamente desinteressados e afastados das parturientes, que permaneciam sendo assistidas pelas parteiras cristãs – considerando que a inquisição era vigente. Obviamente, esta mesma forma de pensar espraiava-se pelas suas colônias, como o Brasil (SANTOS, 2009).

As práticas relacionadas a cesárea também tiveram importantes marcos ao longo do Século XVII. A Lei promulgada sete séculos A.C, que determinava a abertura do ventre das mulheres gestantes imediatamente após a sua morte (FRANÇA, 2008), foi ratificada pelo Papa Paulo V, com vistas a viabilizar o batismo dos nascituros. Na ocasião foi determinado que este procedimento deveria ocorrer até 24 minutos após a morte da mãe, objetivando a retirada do feto com vida, e que a realização desse ato poderia ser autorizada por todos os bispos (RIFFEL, 2005).

Ainda acerca da cesárea no Século XVII, tem-se o registro da ocorrência deste procedimento em 1610, motivado pelas condições físicas e de saúde da mulher, que a impediam de um parto vaginal. Segundo o relato, a criança e a mãe saíram com vida do procedimento, porém, passado um mês do ato cirúrgico, a mulher veio a falecer de causas não relacionadas a cesárea. Já em 1666 foi publicado um novo tratado de cirurgia, de autoria do cirurgião João Scultetus. Dentre os procedimentos apresentados estava a cesárea, descrita com riqueza de detalhes, de modo a garantir a vida da mulher e do feto (REZENDE, 1974).

4.3.4 Partejar: a nova arte do universo masculino

Ao longo do Século XVIII ocorreram significativas transformações nos discursos e práticas médicas e sociais que impactaram na forma de compreender a relação saúde-doença-sociedade e os comportamentos prescritos e admissíveis à mulher, influenciando diretamente o modo de partejar (MARTINS, 2004). Este processo se deu a medida em que a natureza humana

foi detalhadamente objetivada, dissecada e esquadrinhada, no âmbito social e anatomofisiológico (FOUCAULT, 2011b).

Nesta conjuntura, o útero, visto por séculos como o motivador da luxuria, do pecado e de práticas de demoníacas (KRAMER; SPRENGER, 2000, p.117), passa a ser o órgão que demarca a diferença anatômica e funcional entre o corpo masculino e o feminino e, também, o potencial social das mulheres (MARTINS, 2004). Como afirma Maia e Osório (2004):

> O corpo, então, deixa de ser corpo para se transformar em pedaço de corpo; pedaço de corpo que se transforma em parte de pedaços de corpo; partes de pedaços de corpo que estilhaçam em minúsculos fragmentos o saber terapêutico, a tal ponto que poderíamos nos perguntar se esta produção ainda se move no âmbito das relações humanas, já que na outra ponta se encontra um outro expropriado do seu corpo, alijado de qualquer saber relevante sobre ele, outro silenciado e ensurdecido pela especificidade de um saber ao qual não tem alcance (OSÓRIO, 2004, p. 72).

Esta nova visão constitui o início de um cenário de mudanças de ordem teórica e prática, pautadas nas diferenças, entendidas a partir de então como naturais (ROHDEN, 2001), associado com o gradativo abandono da concepção de que o corpo da mulher era incompleto ou embrionariamente não desenvolvido devido a falta de calor (COLLING, 2015; MARTINS, 2004).

O movimento de objetivação do corpo feminino leva a produção de saberes que trazem para a sociedade novos discursos subjetivadores referentes ao papel social da mulher. O primeiro deles refere-se à valorização da maternidade enquanto algo sagrado e puro, advindo do extinto de toda mulher, como algo irracional. O segundo aspecto relaciona-se com a restrição da mulher nos espaços domésticos que, de modo paulatino, foi retirada da vida pública, tornando-se a responsável pelo cuidado da casa e dos filhos (LAQUEUR, 1992).

Um dos grandes contribuintes para a disseminação deste discurso foi Jean-Jacques Rousseau, por meio do livro “Emílio, ou Da Educação”, que centraliza suas argumentações na naturalização do amor materno, como um sentimento intrínseco presente em todas as mulheres. Este conjunto de novas verdades que emanava das ciências médicas e da filosofia, enunciava que as mulheres, envoltas pelo instintivo e incondicional amor materno, teriam como preocupação primordial a saúde e a educação dos filhos (BADINTER, 1985).

Os discursos associativos mulher-maternidade também se tornaram de interesse Governamental, pois havia o entendimento de que o bom desempenho

como mãe levaria a construção de uma sociedade de súditos dóceis. Conjuntamente, emergia a necessidade de reduzir a mortalidade infantil, de modo a ampliar a oferta de mão de obra producente, gerando riquezas e lucros aos impérios, e o cuidado materno teria relação direta com este objetivo (BADINTER, 1985).

Concomitantemente, a Igreja Católica difunde pelos países europeus e suas colônias, a notícia da ocorrência de “aparições da Virgem Maria”, nos anos de 1717, 1729 e 1798, reavivando a “importância da divindade feminina como objeto de adoração” (GOMES, 2000, p. 7). Este discurso religioso comunga com os demais discursos Governamentais, médicos, filosóficos acerca do papel da mulher na sociedade, marcado pelas características da passividade, doçura, obediência, abnegação e vocação para o maternar, sendo justificado pelas verdades científicas das diferenças sexuais e seus papéis sociais correspondentes (NUNES, 1995).

A preocupação com os comportamentos femininos e com sua prole – que era entendida como sua maior responsabilidade, colocou em evidência a necessidade de objetivar, estudar, detalhar, apreender e classificar mais profundamente todas as fases da vida destes indivíduos dotados uma natureza não inferiorizante e com papel social bem delimitado – o que lhe conferia importância (NUNES, 1995; RIFFEL, 2005). Diante disso, a mulher se torna objeto de investimento da saúde pública, da medicina e da psiquiatria (NUNES, 1995), por possuir um papel de intermediação e apoio à entrada das normas, determinações e práticas médico-higienistas no lar (RIFFEL, 2005).

A gênese deste novo conjunto de normas médico-sanitárias que se projetaram sobre o corpo da mulher – e sobre todos os corpos dos indivíduos que compunham a sociedade, advém das significativas transformações na medicina, descritas por Foucault (2011b) na obra “O Nascimento da Clínica”. Com riqueza de detalhes, o filósofo aborda como os estudos sobre a anatomopatologia compuseram discursos patologizantes, alterando paulatinamente a relação dos indivíduos com seu próprio corpo e com a sociedade, bem como, os modos como as práticas assistenciais se tornaram hospitalocêntricas e intervencionistas (FOUCAULT, 2011b).

Em relação a dimensão hospitalocêntrica, destaca-se a modificação do papel social do hospital. Até o século XVII, os hospitais eram parte das obras

assistenciais das instituições religiosas, onde se efetivava ações de caridade aos pobres, loucos, prostitutas e pessoas que possuíssem doenças contagiosas que colocavam em risco a sociedade, ou seja, um espaço de exclusão social (FOUCAULT, 2011b), apontado “como causa de doenças e mesmo de morte” (MACHADO, 1978, p. 282). No século seguinte, mesmo ainda vinculados às instituições religiosas, os hospitais passam a ser vistos como locais de “proteção das pessoas sadias contra a doença; proteção dos doentes contra práticas de pessoas ignorantes [...] proteção dos doentes uns com relação aos outros” (FOUCAULT, 2011b, p. 45-46).

Este movimento ocorre em associação a alteração dos ambientes de prática da medicina. As atividades médicas nos séculos anteriores estavam totalmente dissociadas das instituições hospitalares, sendo efetivadas nos consultórios dos médicos e nos próprios domicílios – para as famílias que possuíam condições de pagar pela presença do médico. Sob o olhar que patologizava os corpos, o ambiente hospitalar vai se tornando útil para oexercício das intervenções e para a objetivação dos indivíduos, seu controle e sua disciplinarização (FOUCAULT, 2011b). O hospital passa a ser visto como um local de cura, e o médico torna-se o responsável principal pelo comando e organização deste ambiente, sendo variolizado socialmente por esta atividade intra-hospitalar (SILVA, 2017a).

Já em relação aos aspectos intervencionistas, Foucault (2008c; 2011b) revela que foram desenvolvidos diversos tipos de técnicas e práticas com cunho disciplinador e regulador. Estas não limitaram seus métodos subjetivadores aos ambientes hospitalares e adentraram a sociedade por meio de diferentes dispositivos, tornando-se uma tática “imposta a partir de tantos lugares diferentes e tão profundamente incorporada que não a percebemos mais como efeito de um poder” (FOUCAULT, 2008c, p. 60).

Dentre os métodos empregados nestas instituições de confinamentoestão os exames, observações, interrogatórios e entrevistas, que incitam atos defala, atos de confissão, constituindo-se de “técnicas médicas brutais, do tipo: ande, conte-nos sua história, conte-a por escrito” (FOUCAULT,2008c, p. 263). Estes atos de confissão tornam-se “procedimentos pelos quais se incita o sujeito a produzir sobre sua sexualidade um discurso de verdade que é capaz de ter efeitos sobre o próprio sujeito” (FOUCAULT, 2008c, p. 264). Ao indivíduo que

ouve, cabe julgar, classificar, perdoar, punir, consolar, diagnosticar ou curar o outro, desenrolando uma relação de poder (FOUCAULT, 2008c).

Esta conjuntura de intensa transformação nas práticas médicas,associada a valorização do papel maternal das mulheres, deram início a significativas mudanças no modo de manejar o parto, enquanto processo que torna as mulheres em mães (DINIZ, 2005; GUALDA, 2017). É neste momento que o corpo frágil e patologizado da mulher passa a ser alvo de diversas técnicas de disciplinarização (FOUCAULT, 2008c).

O partejar, agora compreendido como um evento que se efetiva através mecanismos orgânicos imperfeitos, começa a aproximar-se e inserir-se gradualmente dos locais onde estão os profissionais capazes de interferir positivamente diante das complicações – os homens médicos (DINIZ, 2005; VIEIRA, 2002). Este contexto também se torna de interesse para o ensino da medicina, uma vez que os estudantes desta ciência haviam adentrado os hospitais, que se tornaram os principais ambientes formativos (VIEIRA, 2002).

O processo migratório do local “ideal” para o desenvolvimento da assistência ao parto, das casas para os hospitais, engendrou-se com distintos saberes-verdades. Dentre eles, destaca-se a julgamento do ambiente familiar como inadequado para a assistência à parturiente, promovendo o afastamento da família da cena do parto (RIFFEL, 2005), “recomendado não só por questões higiênicas, mas porque permite que se conserve um elemento de diagnóstico em certas enfermidades” (FOUCAULT, 2008c, p.286). Todavia, “dentro do hospital, o lugar do parto foi, a princípio, qualquer lugar”, assistido em ambientes muitas vezes conjunto a patologias diversas, inclusive as contagiosas (RIFFEL, 2005, p. 124). Esta característica levava a um alto índice de adoecimento e morte materna e fetal, especialmente durante os primeiros dias de puerpério (RIFFEL, 2005).

Em meio a consolidação desta nova conjuntura, foi inaugurada em 1787, na cidade de Copenhague, Dinamarca, a primeira Clínica de Partos. Seguindo os moldes hospitalares da época, este ambiente era direcionado a atender às parturientes que não possuíam as bênçãos da Igreja (FOUCAULT, 2011b; RIFFEL, 2005):

> [...] mulheres não casadas, ou que se apresentam como tal. Parece que não se poderia imaginar nada melhor, pois é a classe das mulheres cujos sentimentos de pudor são reputados como os menos delicados. Assim,

> esta classe moralmente desarmada, e socialmente tão perigosa [...] [que] não estando em condições de exercer a beneficência contribuem pelo menos para formar bons médicos (FOUCAULT, 2011b, p. 97).

Contemporâneo a inauguração da Clínica de Partos de Copenhague, os estudos do cirurgião francês Lebas de Mouilleron sobre os corpos de mulheres que haviam sido submetidas a cesárea o levaram a descobrir que não havia cicatrização espontânea nas incisões uterinas, em virtude da "robustez da musculatura desse órgão" (THORWALD, 2002, p. 205). Esta característica tecidual propiciava intensas hemorragias intra-abdominais e a apresentação de secreção purulenta no abdômen, fazendo com que ele desconfiasse de que estas condições fossem as causadoras da alta mortalidade nos procedimentos de partos cesáreos (THORWALD, 2002; RIFFEL, 2005).

Diante disso, Mouilleron passou a suturar o útero, porém, não obteve uma redução na mortalidade materna com o uso da técnica, fato justificado pelo cirurgião como relacionado à incapacidade dos fios de sutura de suportarem a força da contração uterina, o que fazia com que estes rompessem. Insatisfeito com os resultados, a segunda técnica proposta pelo cirurgião para evitar as hemorragias e os miasmas foi a retirada do útero após a cesárea. Todavia, o desconhecimento da existência de mecanismos microbiológicos relacionados aos desfechos pós-operatórios e de como controlá-los, também tornaram infrutífera sua tentativa de reduzir a mortalidade materna no pós-cesárea (THORWALD, 2002; RIFFEL, 2005). Este contexto de objetivação e experimento sobre o corpo só era possível através da visão acerca do outro – do indivíduo – "docilizado, dependente e vulnerável, outro que não é outro, mas pedaço do pedaço de um outro que quase esquece de sua alteridade (MAIA; OSÓRIO, 2004, p. 72).

Enquanto alguns países da Europa vivenciavam os contextos supracitados, as colônias se mantinham nos moldes assistenciais do parto efetivados no século XVII (TORNQUIST, 2004). Nesta época, as parturientes brasileiras provenientes de famílias ricas recorriam as parteiras imigrantes europeias, que ocupavam lugar de destaque na sociedade (MAIA, 2010). As demais mulheres tinham acesso predominante às parteiras locais ou escravas, sendo que, em algumas cidades de maior porte, estas poderiam contar com o auxílio dos cirurgiões, diante de algum parto difícil (VIEIRA, 2002). Entretanto, a

maioria dos cirurgiões que estavam em solo brasileiro possuíam pouca experiência na assistência ao parto, fazendo com que sua presença resultasse, frequentemente, no retalhamento do feto, para viabilizar que este fosse extraído ou expulso do útero da parturiente, cenário que sofreu alterações somente do século posterior (CHAZAN, 2004).

4.3.5 Nasce a Obstetrícia: masculina, científica e medicalizadora

Os engendramentos transformadores das relações saúde-doença-sociedade ocorridos no Século XVIII, se solidificam no Século XIX, sedimentando o controle masculino do parto como a prática ideal, e a prescrição de normas e condutas sociais femininas (MARTINS, 2004). As diferenças dos papéis sociais entre mulheres e homens, pautados nas suas distinções corporais, permaneciam em voga nos discursos médicos, filosóficos, religiosos e Governamentais, sendo considerada uma "base necessária para assegurar a ordem social" (NUNES, 2000, p.57).

Diante deste contexto, nasce a ginecologia e obstetrícia enquanto ciência médica, em uma fusão das atribuições dos médicos e dos cirurgiões – até então profissões separadas. Esta ciência não tinha somente o papel de intervir nos mecanismos orgânicos deste corpo imperfeito, mas de delimitar as condutas aceitas como parte da normalidade e determinar os métodos para afastar as mulheres do desvio (NUNES, 1995).

Em consonância com o pensamento foucaultiano, pode-se inferir que a ginecologia e obstetrícia tornaram-se um instrumento de dominação, que visa controlar e corrigir as operações do corpo, "como suporte dos processos biológicos" (FOUCAULT, 2008c, 131). Ao fazê-los, utilizam-se de "técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações" (Ibid., 2008c, 131), com métodos cada vez mais delimitados, em que "cada prática [...] engendra o objeto que lhe corresponde" (VEYNE, 1998, p. 256), que:

> implica numa coerção ininterrupta, constante, que vela sobre os processos da atividade mais que sobre seu resultado e se exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos. Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade, utilidade, são o que podemos chamar de disciplinas (FOUCAULT, 2014b. p. 126).

As verdades científicas engendradas por esta nova ciência adentraram os mesmos movimentos subjetivadores pelos quais as demais ciências contemporâneas a ela estavam envoltas, propagadas por discursos advindos de vários dispositivos de “confiança na razão humana”, sedimentando-a na perspectiva do profissionalismo. “O ideário comum é que a ciência tem o condão de libertar a humanidade da escassez e dos caprichos da natureza, da ignorância, da superstição, da tirania e das doenças do corpo e do espírito” (STARR, 1982, p.3).

Para a ciência da ginecologia e obstetrícia, o corpo e os comportamentos femininos permanecem sendo considerados um risco para a moralidade e para a sociedade. Porém, a compreensão não é relacionada aos pecados e a luxúria, mas pelo potencial do útero, considerando um órgão “que tem vida própria, pode tomar seu corpo e se expressar nele, sem que a mulher tenha sobre ela nenhum controle” (NUNES, 1995, p. 12) – poder este reafirmado todos os meses pela presença da menstruação (SWAIN, 1986).

A concepção da mulher hipersexualizada e dotada de características morais e psicológicas pouco desenvolvidas, que a impediam de ter o controle do seu próprio corpo e comportamentos, torna-se parte dos discursos médicos da ginecologia e obstetrícia (NUNES, 1995). Por esse motivo, durante todo o Século XIX, a relação útero-corpo, muitas vezes desarmônica, tornou-se uma preocupação para as ciências médicas e para toda a sociedade (MARTINS, 2004):

> Os médicos estabeleceram que na mulher este sistema era instável, marcado pelo desequilíbrio e que, portanto, qualquer excitação periférica – sempre de origem sexual – poderia perturbar o frágil equilíbrio do sistema e causar problemas psíquicos que variavam de uma simples dor de cabeça chegando a estados melancólicos, manifestações histéricas e delírios que podiam levar as mulheres a cometerem atos contrários à sua vontade, como o infanticídio e o suicídio (MARTINS, 2004, p. 111).

Foucault (2006b) denomina este contexto de histericização do corpo feminino, que, associado com a psiquiatrização das perversões, ocupou nesta época grande espaço nas perspectivas de objetivação das mulheres. Em meio a estes novos saberes científicos, afirmava-se que “o ataque histérico seria a irrupção dessa possessão [uterina], que define a condição humana” feminina (NUNES, 1995, p. 12).

Engendrada nesta racionalidade, a ginecologia e obstetrícia em conjunto com a psiquiatria, estabelecem como verdades os discursos de “que as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se estivessem sexualmente ligadas em matrimônio com finalidade reprodutiva” (VIEIRA, 2002, p. 26). A mulher passa a ser o sinônimo de uma ambiguidade, pois o órgão que lhe confere importância social – o útero – é o mesmo que a torna imperfeita, desarmônica e perigosa, deixando-a sobre a linha tênue entre a fisiologia e a patologia, entre a norma e o desvio (MARTINS, 2004).

Cabe salientar que esta conjuntura ocorre em meio ao grande advento do capitalismo industrial urbano, fazendo com que o discurso patologizante em relação as mulheres sejam úteis a manutenção da permanência das mesmas no ambiente doméstico. Perante a concepção da função exclusivamente reprodutiva, a mulher torna-se importante em meio ao projeto biopolítico de controle das populações, fazendo com que questões demográficas sejam abarcadas indiretamente pela ginecologia e obstetrícia, ditando discursos a serem acionados por diferentes dispositivos (YIEN, 2016).

Como parte integrante desta concepção, a obstetrícia e ginecologia passam o ocupar-se não somente da saúde da mulher, mas com a saúde das mulheres, não somente com o nascimento, mas com a natalidade (ROHDEN, 2002), tornando-se parte das engrenagens biopolíticas (FOUCAULT, 2008b). A maternidade, agora transformada em uma função política, passa a receber um duplo investimento da medicina. O primeiro, para o corpo seja saudável e fértil para que consiga cumprir suas funções reprodutivas e mulher consiga exercer o maternar. O segundo, para que o evento do parto não coloque a perder todo o investimento discursivo, médico e governamental (MARTINS, 2000).

Para alcançar o segundo objetivo, a classe médica impulsionada e associada aos interesses governamentais de controle e segurança populacional, passa a desenvolver distintos e convergentes meios para sedimentar ainda mais o saber-poder masculino no parto – já iniciado no século anterior (ROHDEN, 2001). Como afirma Martins (2005, p. 659):

> A obstetrícia criou a mulher pélvica, uma representação bastante apropriada não só pela ênfase dos estudos nessa região do corpo, mas também pelo significado que a pelve teve na definição da feminilidade para o discurso médico. [...] Se a grande função natural da mulher era a maternidade, os médicos encontraram no ‘laboratório da gestação’ a nova e universal medida da feminilidade.

Este processo de esquadrinhamento do corpo, a objetivação de seu funcionamento e a produção de saberes matemáticos, trazem o caráter de neutralidade aos discursos (MARTINS, 2005), acompanhando de uma relação autoritária que desvaloriza o conhecimento feminino sobre o corpo e a parturição. Como afirma Nespolig (2014), “é a estatística, e não mais a clínica médica, o saber que sustenta e torna possível a biopolítica, com suas previsões, estimativas, probabilidades e medições”. A expressão numérica das ciências ginecológicas e obstétricas também almejavam “se desvencilhar de possíveis interpretações morais, religiosas e mesmo do saber empírico (considerado arcaico pela medicina) das parteiras”, projetando-se como uma ciência racional (MELO, 2017, p. 156).

Como afirma Diniz (1996, p. 116), “se o útero era de fato um assunto da ciência e de interesse público, não poderia mais ser deixado nas mãos das próprias mulheres”. Afastar as parteiras do parto significava, dentre outros aspectos, superar o “fazer leigo ou oculto” que elas desenvolviam (DINIZ, 2005, p.628).

Para tanto, se fazia necessária a consolidação da superioridade masculina sobre o partejar, ofertando métodos científicos e humanitários que não eram encontrados fora dos locais de atuação dos médicos (DINIZ, 2005). Desde modo, “a hospitalização do parto passava a ser vista como um ideal a ser atingido”, pois iria consolidar o afastamento gradual das parteiras dos cenários do parto, o que “significava, para a maioria dos médicos, sinônimo de civilização” (MOTT, 2002, p. 213). Todavia, esta apropriação efetivada pelas ciências ginecológicas e obstétricas, endossadas pelos interesses Governamentais, torna-se um divisor de águas para a progressiva desvalorização dos aspectos singulares psicológicos e emocionais que envolvem a parturição (MELO, 2017).

Não obstante, masculinização e hospitalização do parto materializou novos desafios: encontrar o equilíbrio no uso de tecnologias durante a assistência, prevenir e controlar as infecções puerperais, e difundir em meio a todos os níveis da sociedade que este era o modelo ideal de assistência (PUCCINI, 2018). Entretanto, a realidade encontrada dentro dos ambientes de parturição, não colaboravam com o alcance destes objetivos. Autores afirmam que na época os locais de parto ficavam nos porões dos hospitais, de modo que

os gritos das mulheres não fossem ouvidos pelos demais pacientes, em um ambiente em que se misturavam desordem, sujeira e secreções, assemelhando-se a um cortiço (MALACRIDA; BOULTON, 2012).

Inseridos, habituados e concordantes com estas condições ambientais insalubres, em virtude do desconhecimento da existência de mecanismos microbiológicos patogênicos, a morte das puérperas e dos recém-nascidos que foram atendimentos por médicos durante o parto era alta. Diante disso, Inácio Filipe Sememelweis desenvolveu uma série de pesquisas em Viena, buscando entender os altos índices de mortes relacionados a “febre puerperal”, constatando que a mortalidade materna em mulheres atendidas por médicos era de 17,30%, sendo que este número era inferior a um por cento entre as atendidas por parteiras (THORWALD, 2002, p. 230).

A epidemia de óbitos que ocorriam na maternidade em que Semmelweis atuava, fazia com que as mulheres temessem ser atendidas pelos médicos, recusando a internação nas enfermarias cuidadas por eles, por preferirem o atendimento das parteiras. “As que eram levadas contra a vontade, e em pleno trabalho de parto, relutavam, lançavam-se aos pés de Semmelweis, suplicavam para ficarem na divisão das parteiras” que ficava em frente a dos médicos (THORWALD, 2002, p. 232).

Após observarem as diferenças entre o trabalho das parteiras e dos médicos, foram propostas mudanças nas práticas médicas, como a adoção do decúbito lateral para a realização dos partos e a implementação de um toque vaginal mais suave. Não somente, foi solicitado ao padre que não tocasse o sino ao adentrar o hospital para administrar a unção de morte, acreditando que tal prática assustaria e causaria medo entre as mulheres, desencadeando a febre puerperal (THORWALD, 2002).

Sem obter sucesso, esta ocorrência permanecia manchando a reputação médica e sendo uma preocupação, pois as todas as mulheres autopsiadas após morrerem por infecção puerperal, apresentavam o mesmo quadro singular. No ano de 1847, registra-se o falecimento de um dos estudantes de medicina da clínica de Viena, após ter se ferido levemente na sala de necropsia. Em sua autopsia encontra-se “supuração e inflamação das glândulas linfáticas, das veias, da pleura, do peritônio, do pericárdio, da membrana cerebral”, o mesmo

quadro vislumbrado nas mulheres que foram vítimas da febre puerperal (THORWALD, 2002, p. 234).

Com isso, passa a ser exigido que todos os médicos e estudantes lavassem suas mãos com ácido clórico após participarem de autópsias, antes de retornarem ao atendimento das parturientes. Tal medida reduz os óbitos das puérperas que foram atendidas pelos médicos, mas não ao mesmo nível das parteiras. Este fato permanecia intrigando Semmelweiss, até ele perceber que os médicos e estudantes lavavam as mãos somente ao sair de uma autópsia, e que não as lavavam ao proverem a assistência à parturiente, e nem entre uma e outra. Esta descoberta o faz cogitar que não somente os mortos podem transmitir doenças letais, mas os vivos poderiam ser os agentes das doenças, transmitindo de um para o outro (THORWALD, 2002).

Ao ser mantida a higiene das mãos dos médicos e estudantes com ácido clórico após participarem de autópsias, e implementadas esta mesma prática de higiene entre os atendimentos das mulheres, a hipótese de que há transmissão de doenças entre os vivos é comprovada (THORWALD, 2002). Tal contexto torna-se um duro golpe para a honra e o orgulho dos médicos da época, que não compreendiam a existência de microrganismos, bem como, a possibilidade de serem os transmissores de doenças fatais (FOUCAULT, 2008c). Todavia, as práticas de higiene das mãos implementadas na assistência ao parto, após a descoberta de Semmelweiss, tornaram-se extremamente importantes para a ampliação do domínio masculino sobre o partejar (RIFFEL, 2005).

Conforme foram sendo superados os percalços desonrosos da epidemia de febre puerperal no contexto da assistência provida por homens, emergiu um novo saber contribuinte neste processo de apropriação masculina do parto: o uso do clorofórmio como anestésico no parto (THORWALD, 2002). Esta prática veio associada a discursos que enunciavam que as mulheres eram vítimas de sua natureza, e que o papel da ginecologia e obstetrícia – uma ciência masculina – seria de regatá-las da condenação patológica da dor do parto, e combater os muitos “perigos do desfiladeiro transpélvico”, por meio da oferta de métodos científicos e humanitários (DINIZ, 2005, p.628).

Um fato que impulsionou a subjetivação social ao uso do clorofórmio[35] no parto foram os engendramentos do noopoder, através da popularização da informação de que a Rainha Vitória tivera o parto de seu sétimo filho sob o efeito do anestésico, noticiado como um feito “excepcional e sensacional” (THORWALD, 2002, p. 154). Rainha Vitória, que fora a principal monarca da Inglaterra entre os anos de 1837 e 1901 e teve nove filhos (Ibid., 2002). A grande soberana Inglesa do século XIX afirmava que a gestação e o parto eram insuportáveis, e que se sentia como "uma vaca" durante a parturição, momento o qual ela temia (CORDEIRO, 2010, p.8).

Para o nascimento de seu filho Leopoldo, ocorrido em 7 de abril de 1853, Duque de Albany, Sua Majestade manifestou o desejo de fazer uso do clorofórmio. O parto ocorreu no palácio de Buckingham, sob a assistência de três médicos parteiros: Locock, Clarck e Fergusson, sendo o responsável pelo comando da parte anestésica o médico John Snow, o primeiro “especialista em anestesia” da cidade de Londres (THORWALD, 2002 p. 154). Quatro anos mais tarde, no dia 4 de abril de 1857, novamente sob os cuidados de John Snow, a Rainha Vitória teve seu segundo parto sob analgesia, dando à luz a Princesa Beatriz da Grã-Bretanha (Ibid., 2002).

Mesmo como os avanços trazidos pela melhoria das condições de higiene de quem provia a assistência ao parto e dos ambientes de parturição intra-hospitalares, e da idealização do parto sem dor propiciada pelo uso de anestésicos, “o domínio da parturição pela medicina” durante o século XIX, “foi lento, difícil, conflituoso, heterogêneo e incompleto” (Maia, 2010, p. 45). Esta conjuntura se deve a dessemelhança da subjetivação social ao parto manejado por homens, também influenciados pela falta de aprimoramento das técnicas, que eram responsáveis por muitos desfechos negativos, seja pelos danos

[35] Descoberto no ano de 1834 pelo francês Duman, o clorofórmio passou a ser utilizado como anestésico no ano de 1847, após os estudos de James Simpson, que comprovaram que a substância possuía melhores efeitos do que o éter na indução anestésica. Pouco tempo após a divulgação dos achados de Simpson, o uso do clorofórmio nos procedimentos cirúrgicos ganhou popularidade, porém, a inclusão deste anestésico no parto foi gradual. Tal fato se deve ao combate da cloroformização do parto capitaneado pelas igrejas cristãs e pelos médicos devotos, sob a argumentação de que a dor do parto era uma determinação divina. Todavia, James Simpson ironizava tal argumento, utilizando-se do versículo 21, encontrado no livro de Gênesis, capítulo II: “E o Senhor mergulhou Adão em profundo sono. Ele dormiu e o Senhor tirou-lhe uma costela” (BÍBLIA, 2008), considerando que este trecho demonstrava a permissão divina para a utilização de anestésicos (THORWALD, 2002).

causados nas mulheres e nos fetos pelo uso do fórceps ou pelo excesso de anestésicos que levavam a depressão respiratória e ao óbito (PUCCINI, 2018).

Em meados do final do Século XIX o partejar já estava mais consolidado enquanto ciência do parto (BARRETO, 2011), e algumas das ações propostas pelos médicos também passaram a ser adotadas pelas parteiras, como a posição de litotomia, que facilitava a atuação profissional, e o uso de instrumentos e técnicas, como o Kristeller[36] (MATEI et al., 2003). Os locais de manejo do parto dentro dos hospitais também sofreram adequações, advindas das objetivações constantes do corpo que pari (RIFFEL, 2005), pois, como afirma Foucault "as dimensões de uma enfermaria só poderão ser calculadas a partir de um exame da 'estatura do homem, da natureza de seus males e do clima que habita" (FOUCAULT, 2008c, p. 286).

Nos últimos anos do Século XIX, em 1895, os pesquisadores ingleses George Oliver e Edward Sharpey-Schafer publicam seus estudos sobre as funções da glândula pituitária, descrevendo conjuntamente os efeitos obtidos sob a contração da musculatura lisa ao ser efetivada a administração endovenosa dos extratos da glândula, elevando a pressão arterial. Este fato torna-se o marco para que décadas mais tarde fosse possível o uso da ocitocinasintética durante o parto (PITTS-TAYLOR, 2016) – como será descrito nos subcapítulos sequentes.

O Século XIX também trouxe marcos ao parto cesáreo. As descobertas de Semmelweiss acerca da possibilidade de que indivíduos vivos e saudáveis, como os próprios médicos, poderiam ser os agentes da transmissão de doenças, fez com que também fossem adotadas medidas de higiene das mãos antes das cesáreas, bem como a higiene dos tecidos onde ocorrera a incisão. Neste caso, a substância habitualmente escolhida era o Fenol, que já era utilizada na época em ferimentos graves, com o intuito de impedir a putrefação dos tecidos (THORWALD, 2002).

Todavia, o uso frequente do Fenol para a higiene das mãos levava ao desenvolvimento de lesões de pele nos profissionais que possuíam algum tipo de sensibilidade a substância. Diante disso, Halsted, que era cirurgião em Nova

[36] A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino por meio do pressionamento abdominal durante o segundo período do trabalho de parto, com o objetivo de abreviar sua duração e efetivar a expulsão do feto com maior brevidade (BRASIL, 2016b).

Iorque, fez uma encomenda de luvas de borracha para a empresa Goodyear, que fossem leves, finas e macias. Antes do uso, as luvas eram expostas ao vapor, de modo a esteriliza-las. A invenção demonstrou-se exitosa, protegendo as pacientes e também os profissionais, passando a ser largamente utilizada ao longo dos anos seguintes (THORWALD, 2002).

Os conhecimentos desenvolvidos no século anterior, como o controle da hemorragia uterina através da histerectomia pós-cesárea, associados com o advento da higiene das mãos, do uso de luvas e dos métodos anestésicos, do século XIX, possibilitaram a propagação da cesariana. Entretanto, mesmo com o uso das técnicas supracitadas, a principal causa de morte materna permanecia sendo associada com as infecções e as hemorragias – realidade encontrada ainda no século XXI (RIFFEL, 2005).

Enquanto ocorriam os fatos descritos acima nos países europeus e nos Estados Unidos, o Brasil também vivenciava significativas transformações sociais, de saúde e na assistência ao partejar (RIFFEL, 2005). Este cenário de mudanças tem como primeiro marco a vinda da Família Real Portuguesa e demais membros da corte para o Brasil, no ano de 1808, fixando-se no Rio de Janeiro. Antes deste fato, os médicos europeus não tinham interesse em residirem em solo brasileiro e, por isso, a assistência à saúde da população era feita predominantemente por leigos, o que incluía a maioria das parteiras (MOTT, 2002; RODHEN, 2001).

A fixação da corte no Brasil vem envolta da preocupação com o futuro da sociedade brasileira – ainda colônia de Portugal – pautadas no entendimento de que a prosperidade e o poder de um país e suas colônias estavam relacionados com o número populacional e sua condição producente (MOTT, 2002). Neste momento histórico, o Rei de Portugal e sua corte percebem que houve o negligenciamento das políticas de povoamento, urbanização e gestão do solo brasileiro, pois o controle governamental era difuso e heterogêneo, sendo incapaz de dar conta dos conflitos sociais, controlar a extração e manufatura de riquezas, em especial o ouro, e usufruir ao máximo das potencialidades laborais da população (COSTA, 1979).

Neste contexto, inicia-se a modernização da cidade do Rio de Janeiro e, posteriormente, de outras cidades. Todavia, controlar os problemas com a segurança, o território e a população era uma tarefa desafiadora, considerando

as dimensões do país e a existência constante de levantes e revoluções, o que inviabilizava o sucesso de políticas de repressão por meio aparatos coercitivos e punitivos ligados a leis. Deste modo, a tática de Governabilidade utilizada para implementar os mecanismos de sujeição e controle populacional foi a replicação de alguns processos sanitaristas implementados na Europa, em especial a medicina higienista[37] (COSTA, 1979).

Em meio a surtos epidêmicos de diversas doenças e com altos índices de mortalidade em todas as faixas etárias (RODHEN, 2001), os discursos médicos tornam-se os principais contribuintes para regular os indivíduos da sociedade, não somente no âmbito da saúde, mas dos mais variados comportamentos (COSTA, 1979). Para ter a força de trabalho necessária neste empreendimento, a Família Real Portuguesa autorizou a abertura de duas faculdades de medicina, que foram instaladas na Bahia e no Rio de Janeiro somente em 1832 (BRENES, 1991).

Entretanto, as duas faculdades brasileiras de medicina contemplavam apenas o ensino teórico da obstetrícia, dificultando e atrasando o domínio masculino sobre o partejar no solo brasileiro, se comparado com os países europeus (BRENES, 1991), pois, como afirma Foucault (2011b, p. 86) “não basta que o aluno ouça e leia, é preciso que veja, toque e, sobretudo, se exercite no fazer e adquira o hábito”. O ensino prático da obstetrícia para os médicos só teve início 40 anos depois, fazendo com que, durante sete décadas do Século XIX, a maior parte dos cuidados no partejar permanece sob responsabilidade das parteiras (BRENES, 1991).

Com o passar do Século XIX, a caracterização das parteiras que atuavam no Brasil foi se transformando e diversificando. No início, o predomínio ainda era de mulheres “negras e de mulatas no ofício de partejar” (OSAVA, 1997, p. 26). Registros da época apresentados por Souza (1998, p. 32) descrevem as parteiras como “mulheres de ordinário nascidas numa classe mui baixa da sociedade, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos os conhecimentos, [...], cuja mocidade foi estragada nos deboches e nos prazeres”.

[37] As primeiras ações implementadas após a chegada da Família Real incluíam regramentos detalhados para a fiscalização daqueles que desenvolviam práticas de cura e assistência, como os médicos, cirurgiões, parteiras, barbeiros, etc, e fiscalização dos navios que atracavam nos portos brasileiros, de modo a impedir a entrada de novas doenças nas cidades costeiras (ESCORES; TEXEIRA, 2008).

Ao adentrar a terceira década do Século XIX, o processo migratório ao Brasil se avoluma e, com ele, a vinda de parteiras europeias, que passam a atuar nos domicílios das parturientes, mas também em suas casas (MOTT, 2002). “Com o passar dos anos, essa forma de atendimento se ampliou, e os locais de atendimento passaram a ser conhecidos pelo nome de casas de maternidade” (MOTT, 2002, p. 199).

Entretanto, a vinda de parteiras estrangeiras deu origem a discursos de desqualificação do trabalho das mesmas, como revelam os registros históricos apresentados por Souza (1998):

> [...] Levantemos o véu que cobre tanta podridão e tantos crimes. Tomemos Paris como exemplo. As mulheres que estudam partos na Faculdade de Paris são grisettes que não conhecem moralidade nem educação: as orgias e as bebidas são seus deuses. Entretanto chegando ao Rio de Janeiro, transformam-se em senhoras. Os protetores aparecem, máxime se são bonitas. Em pouco tempo adquirem o título de sábias, honestas e virtuosas [...]. Parteiras há que provocam abortos[...] outras empregam-se a conduzir crianças para a roda por um preço estipulado, conforme a criança está viva ou morta. Algumas de bom coração fabricam coletes [espartilhos], na sala vizinha os amantes têm entrevista; verdadeiro bordel mudando apenas o rótulo para parteira. Hácasas com o titulo de maternidade, que são aposentos para moças perdidas e mulheres adúlteras terem o produto de seus amores (SOUZA, 1998, p. 34).

A acusação de imperícia das parteiras provia de diferentes fontes. Na perspectiva da Igreja, as mulheres que exerciam a arte de partejar ainda estavam vinculadas aos comportamentos pecaminosos, como as rezas, benzeduras, orientações espirituais, além das práticas de aborto, infanticídio, magia e bruxaria (MARTINS, 2004). Já para as autoridades civis, a preocupação estava relacionada com a mortalidade materna e infantil, sob a premissa hábitos de higiene duvidosos (SHORTER, 1984). Todavia, Martins (2004) afirma que os maiores propósitos da subjetivação social acerca da desqualificação moral e técnica das parteiras, estavam associados com os interesses governamentais e médicos na institucionalização do parto e no seu controle pela classe médica.

A ampliação do controle médico sob a parturição no Brasil ocorre com o início das atividades da Escola de Parteiras, no ano de 1832, no mesmo estabelecimento da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (BRENES, 1991). O ensino do partejar ofertado para as mulheres era desenvolvido predominantemente por médicos advindos de Portugal, que também lecionavam a medicina para homens discentes da Faculdade de Medicina (MARTINS, 2004).

As práticas de ensino eram heterogêneas entre as duas classes, demarcando um processo vertical de subalternização dos sistemas de conhecimento, o que serviu para delimitar e reforçar as desigualdades de gênero e classe no ensino e no exercício do partejar (TORNQUIST, 2004).

Em concomitância, reitera-se algumas exigências para a atuação como parteira para as mulheres que não haviam tido a sua formação na Escola de Parteiras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o que incluía a realização de provas. Todavia, muitas mulheres que exerciam o partejar no Brasil “não podiam ser submetidas a provas de habilitação por não poderem, quase todas, ler ou escrever” (SOUZA, 1998, p. 35).

Conduto, a população brasileira desta época já estava subjetivada ao fazer das parteiras, sejam elas leigas ou não, levando a resistência social na implantação dos métodos de controle sobre o trabalho delas, bem como, a atuação dos médicos no partejar (RODHEN, 2001). Simultaneamente, os ambientes hospitalares brasileiros também resistiram ao atendimento de parturientes dentro dos mesmos, seja por médicos ou por parteiras. Este movimento de resistência era capitaneado pelos provedores e freiras das Santas Casas, motivados pela concepção de que o parto era um evento indecente, manejado por mulheres perigosas, que conheciam sobre anticoncepção e métodos abortivos, e que atendiam a escória da sociedade: pobres e prostitutas (MOTT, 2002).

Diante deste contexto, as “casas de maternidade” (MOTT, 2002, p. 199) onde atuavam as parteiras e o atendimento domiciliar ao parto provido por elas, permaneceram como as principais formas de assistência ao longo das décadas seguintes (SOUZA, 1998). Somaram-se a este labor, as parteiras diplomadas pela Escola de Parteiras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e as que continuavam imigrando para o Brasil (RODHEN, 2001). Dentre as parteiras diplomadas, ganhou destaque o trabalho desenvolvido por Maria Josefina Matilde Durocher (BRENES, 1991).

Conhecida como Madame Durocher, era altamente respeitada pela sociedade e pela corte, considerada uma parteira de notório saber (RIFFEL, 2005). Todavia, por estar inserida em um contexto de desvalorização e desqualificação do saber e do trabalho das parteiras, Madame Durocher utilizava-se da indumentária para demarcar seu lugar na sociedade. Sempre

trajada com camisa, gravata, casaco e chapéu, que compunham seu visual juntamente com uma saia simples e com cabelos cortados curtos, Madame Durocher salientava que este modo de se vestir facilitava sua atuação profissional, e lhe era útil socialmente, porque ela “exercia uma profissão masculina” (BRENES, 1991, p. 139). Além disso, trazia a afirmação de que “esse meu exterior deveria atuar muito no moral da mulher inspirando-lhe mais confiança e distinguindo a parteira do comum das mulheres” (SOUZA, 1998, p. 173).

Atuando entre os anos de 1833 a 1868, implementou métodos de registros acerca dos 4258 partos que prestou assistência, onde continham informações acerca dos aspectos clínicos gerais, apresentação, posição fetal, progressão do trabalho de parto, complicações apresentadas, terapêuticas e práticas utilizadas, mortalidade materna e fetal, dentre outras ocorrências. Por meio destes registros, classificou, descreveu e quantificou eventos, estabelecendo padrões de normalidade e anormalidade, e as condutas mais adequadas diante de desvios da norma (RIFFEL, 2005; SOUZA, 1998). A composição e importância de seu trabalho assistencial e na produção de conhecimentos sobre a obstetrícia, fizeram com que Madame Durocher viesse a se tornar a “primeira mulher a ser recebida, como membro titular, na Academia Imperial de Medicina, em 1871” (BRENES, 1991, p. 139).

O conjunto de saberes oriundos dos registros e das análises de Madame Durocher, tornou-se significativo para o ensino de outras parteiras, que, munidas destes conhecimentos teóricos e das vivências práticas, contribuíram posteriormente no aprofundamento dos conhecimentos dos médicos formados no Brasil, uma vez que ainda não haviam maternidades vinculadas as faculdades de medicina brasileiras (RODHEN, 2001). A realidade da formação dos médicos em obstetrícia começou a se transformar somente no final do Século XIX (MOTT, 2002).

Após décadas de embates e de grande resistência religiosa e institucional em relação ao atendimento dos partos nos ambientes hospitalares, instalou-se uma maternidade vinculada a Santa Casa do Rio de Janeiro, em 1884, onde os alunos da Faculdade de Medicina finalmente poderiam desenvolver suas atividades práticas na área da obstetrícia. Todavia, as condições assistenciais e de higiene eram consideradas completamente inadequadas (MOTT, 2002):

> Segundo o diretor da Faculdade, a oposição das freiras era tão grande que ele estava persuadido de que as religiosas se serviriam de todos os meios para que as mulheres que fossem dar à luz nessa enfermaria nunca mais voltassem. A narração dos sofrimentos infringidos pelas freiras faria que nenhuma mulher viesse a pedir qualquer socorro (MOTT, 2002, p. 201).

Muitas parteiras também passaram a atuar na maternidade vinculada a Santa Casa do Rio de Janeiro e, posteriormente, nas outras maternidades que foram se instalando justo as Santas Casas brasileiras, auxiliando na aquisição de domínio prático do partejar pelos médicos e, também, servindo de atrativo para as mulheres que confiavam nos saberes das parteiras (RODHEN, 2001). Não obstante, como afirma Del Priore (1993), mesmo que o parto fosse manejado predominantemente pela parteira, a presença masculina não era bem-vinda durante o parto:

> A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras (DEL PRIORE, 1993, p. 263).

Desde modo, as enfermarias dos hospitais que eram destinadas aos atendimentos às parturientes permaneceram vazias, pois as mulheres continuavam a procurar aos ambientes extra-hospitalares onde havia atuação das parteiras para dar à luz. Este contexto deu origem a uma relação saúde-sociedade, caracterizada por ser híbrida, transpassada pela medicina e pelos saberes populares (DINIZ, 1996).

> Se a medicina evoluía contra o que considerava arcaísmos, ela não conseguiu, entretanto, desfazê-los. Presa à crença de que o corpo feminino era um espaço de disputa entre Deus e o Diabo, a ciência médica ratificava o pensamento mágico sobre os poderes do corpo da mulher. Assim, mesmo sem o querer, a medicina proporcionou, paralelamente ao seu desenvolvimento, um território de resistência para o saber-fazer feminino em relação à própria anatomia da mulher. (DEL PRIORE, 1997, p. 113).

Conforme o saber prático sobre o parto transmitido pelas parteiras aos médicos brasileiros foi se consolidando enquanto um conhecimento médico científico, novamente foram reforçados os discursos de desvalorização e desqualificação do fazer das parteiras (RODHEN, 2001). Porém, este processo possuía uma dupla intencionalidade: levar a proibição do funcionamento das casas de parto onde atuavam somente parteiras (MOTT, 2002); e, a atuação exclusiva dos médicos nas maternidades hospitalares. Para alcançar estes

objetivos, inicia-se um movimento gradativo de restringência do saber obstétrico exclusivamente entre os médicos, extinguindo a formação de parteiras em escolas específicas e nas Santas Casas (RODHEN, 2001). Esta ação assegurava “a repartição deste saber com um grupo privilegiado, e a dissociação da relação imediata, sem obstáculo ou limites, entre o Olhar e a Palavra” (FOUCAULT, 2011b, p. 61).

A relação medicina-sociedade também se transformou para atrair as parturientes aos hospitais e serem atendidas exclusivamente pelos médicos homens (BRENES, 1991):

> Houve todo um esforço por parte da corporação médica em construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população. Porém, isto ainda foi pouco para conseguir levar as mulheres à presença do obstetra e muito menos, ainda, para convencê-las e se abrirem para eles. A partir desta problemática, o discurso médico criou como que um"jogo" com a população feminina do Brasil Império. Jogo, porque, por umlado, o discurso médico, em harmonia com os demais discursos presentes no momento, utilizando as estratégias que lhe eram permitidas pelas circunstâncias, forjou para a mulher uma nova subjetividade, que,entre as alterações imediatas que possibilitou à esta, garantiu-lhe um novo papel na sociedade, abrindo-lhe as portas para uma vida social mais intensa, esboçando-lhe nova configuração dentro do lar, da família, tornando-a, enfim, um ser bem mais vivo que a mulher da sociedade patriarcal da colônia. Porém, o ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Deste "jogo" surgiram "o mito do amor materno", a "mãe dedicada", "boa esposa", "a rainha do lar", as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social (BRENES, 1991, p. 145).

O acionamento e circulação destes discursos subjetivadores em meio a sociedade (RODHEN, 2001), associado com a importação de conhecimentos[38] e tecnologias desenvolvidos nos outros países, tais como o bisturi, as tesouras cirúrgicas, a analgesia e os antibióticos, auxiliaram na gradativa consolidação da

[38] Os conhecimentos importados de estudos em diversos países do mundo não se limitavam a dimensão da parturição, sendo que muitos deles estavam relacionados com a morbimortalidade materno-infantil, abarcando a compreensão dos mecanismos causadores de doenças e epidemias. Esta conjuntura deu origem a denominada Era Bacteriológica, caracterizada pela identificação dos agentes etiológicos, das formas de prevenção e controle, e desenvolvimento de terapêuticas. Todavia, a grande ascensão da Era Bacteriológica em solo brasileiro se deu após 1889, ano em que corre a epidemia de peste no Rio de Janeiro. Neste mesmo ano ocorre a formalização do Conselho de Saúde Pública e o início da fabricação de soros e vacinas, coordenado pelo médico Vital Brasil Mineiro da Campanha. Nos anos seguintes são criadas outras instituições voltadas ao controle sanitário nacional, como o Laboratório de Bacteriologia, a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, o Instituto Bacteriológico de São Paulo, o Instituto Sanitário Federal, o Instituto Soroterápico Municipal do Rio de Janeiro, dentre outros (BARROS, 2017).

busca de assistência à parturição nos hospitais (CARNEIRO, 2011). As maternidades hospitalares também passaram por um processo dereorganização dos serviços, de modo a consolidar uma nova imagem perante asociedade. Esta transformação incluía a diferenciação dos locais de internação das parturientes em virtude de sua classe social, sendo que mulher negras[39], indígenas e pobres ficavam alojadas em conjunto, e seus partos serviam para de prática para os estudantes de medicina. Já as mulheres com condições financeiras mais favoráveis eram atendidas pelos médicos experientes, em quartos individuais (MOTT, 2002).

Em relação a cesárea, os registros históricos revelam que ela foi realizada pela primeira vez no Brasil no ano de 1822, em Pernambuco, pelo médico José Correia Picanço. Todavia, a literatura não revela se a parturiente estava viva ou se ela e o recém-nascido sobreviveram ao procedimento. No ano seguinte há o apontamento de outra cesárea realizada pelo mesmo médico, porém sem maiores esclarecimentos sobre a parturiente e o recém-nascido. O registro da realização de uma cesárea em que a mulher e a criança saíram vivos do procedimento, ocorreu em 1855, no Rio de Janeiro. Realizada pelo médico Luiz da Cunha Feijó, também conhecido como Visconde de Santa Izabel, teve como motivação a desproporção feto-pélvica (RIFFEL, 2005).

Ao final do Século XIX, a ampliação e solidificação do controle da medicina sobre a ciência do parto e sobre os modos de partejar estavam completamente alinhadas com os interesses governamentais. Estes não se limitavam apenas em instaurar práticas obstétricas que intentavam melhorar as condições de saúde materno-infantis, mas sim, em normatizar condutas sociais aceitáveis em todos os níveis socioeconômicos da sociedade brasileira (MARTINS, 2004). Neste ínterim, a saúde não era mais encarada como um bem social individual ou coletivo, mas sim, como uma questão política, determinística para a organização da sociedade (RODHEN, 2001).

O conjunto de mudanças que ocorreram ao longo Século XIX na assistência ao parto é entendido por Diniz (1996), como um processo de

[39] A abolição da escravatura, em 1888, por meio da assinatura da Lei Áurea, altera o papel social dos negros, colocando-os, em muitos momentos, em um contexto oscilante no que se refere a assistência à saúde. Em muitos locais o acesso dos negros às instituições hospitalares era restrito ou não permitido. Em outros, sua presença estava relacionada às práticas acadêmicas dos estudantes de medicina (ARAÚJO, 2018), o que incluía o momento do parto (MOTT, 2002).

secularização do parto, caracterizado pelo afastamento do paradigma religioso, para a implantação do parto moderno, hospitalar, cirúrgico, masculino e solitário. Já para Carneiro (2011), em uma leitura foucaultiana (FOUCAULT, 2010d), estas transformações materializam o controle estatal sobre a vida, o que inclui o parto, "ancorado tanto numa anatomo-política do corpo, quanto numa biopolítica de controle populacional" (FOUCAULT, 2008c, p. 190).

4.3.6 O parto medicalizado: uma realidade (in)salubre[40]

A chegada do século XX e, com ele, a evolução nos meios de transporte e comunicação, trazem consigo múltiplas remodelações sociais, comerciais, científicas e de saúde, como efeito do mundo cada vez mais globalizado[41]. A ampliação das relações comerciais entre os países, passa a exigir dos mesmos ações de redução dos impactos negativos da dimensão social sobre a produtividade, tornando estável e crescente a produção dos mais variados tipos de riquezas, sejam elas para consumo próprio ou exportação (O'ROURKE; WILLIAMSON, 2002). Diante desta demanda complexa, efetivam-se múltiplos movimentos de remodelação dos espaços urbanos e das condutas sociais que, no Brasil, tiveram como impulsionadores os novos interesses do poder público em conjunto com a retaguarda propiciada pelas várias instituições sanitárias criadas no final do século XIX (CHALHOUB, 1996).

Envolto nas demandas advindas da Abolição da Escravatura e Proclamação da República (ARAÚJO, 2018), que se somaram aos importantes problemas já existentes de infraestrutura, saneamento e oferta de serviços de saúde, educação e segurança, configuraram uma conjuntura de grande influência negativa sobre a condição producente brasileira e na imagem do país no exterior (FERREIRA, et al., 2010). Em meio a este paradigma, os pobres e os negros recém libertos eram considerados socialmente perigosos, sendo vistos

[40] Considerando a proximidade temporal com a contemporaneidade, bem como a realidade globalizada das ciências da saúde efetivadas nos últimos séculos, a partir deste subcapítulo, será dada maior ênfase a historiografia do parto no Brasil, conciliando fatos mundiais que interferiram neste processo histórico.

[41] O processo de globalização remonta ao século XV, caracterizado pelas relações comerciais dos Países Europeus entre si e com os países do Oriente Médio e Ásia, dando início a inter-relações que não se limitavam ao mercantilismo, mas que materializaram a ampliação do domínio europeu em outros continentes e originaram fusões e trocas culturais, sociais e científicas – advindas de relações de interesse ou de violência (O'ROURKE; WILLIAMSON, 2002).

como figuras que interferiam na ordem pública e se aglomeravam nas periferias e cortiços, trazendo doenças e desordem para toda a sociedade (CHALHOUB, 1996).

Surge, então, o entendimento de tais espaços e comportamentos deveriam ser combatidos. “[...] Cabia reprimir os supostos hábitos de não-trabalho dos adultos; a mais longo prazo, era necessário cuidar da educação dos menores” (CHALHOUB, 1996, p. 29). Neste momento, são elaboradas as primeiras normativas para o controle em larga escala de doenças infecciosas, os manuais para a identificação de doenças de notificação compulsória e o investimento maciço no saneamento básico (MASCARENHAS, 1949).

Pautados nesta normativas, são efetivadas práticas sanitaristas de infraestrutura (CHALHOUB, 1996), que visavam produzir modos de ser, regular o estilo de vida, disciplinar comportamentos e prescrever maneiras salubres de viver em sociedade (FOUCAULT, 2012b). Dentre as ações, destaca-se o desmonte dos locais tidos como insalubres, através do despejo e das demolições de cortiços e outras moradias populares, e a internação hospitalar compulsória de doentes que viviam nestes espaços – predominantemente acometidos por tuberculose, peste bubônica, varíola, malária, febre amarela, tifo e cólera (CHALHOUB, 1996).

Conjuntamente, é fortalecida a repressão da cultura afro-brasileira e das práticas populares de cuidado e de cura – incluindo o fazer das parteiras – que vem acompanhada da implementação de uma extensa campanha de vacinação anti-varíola[42]. Neste interim, os Governos e a grande parte da sociedade estavam subjetivados aos discursos higienistas de sanitarismo urbano,entendido como “um conjunto de princípios que” estavam “destinados a conduziro país ao ‘verdadeiro’, à ‘civilização’ [...]” (CHALHOUB, 1996, p. 35).

Os saberes científicos – verdades – que embasavam os alinhados fazeres médicos e Governamentais supracitados, também abrangeram as dimensões da sexualidade e seus desdobramentos, dentre eles a parturição (SILVA, 2017b). Como os eventos relacionados ao parto ainda eram a principal causa de morte

[42] Como desdobramento destas ações, advém um movimento de resistência popular no ano de 1904, que ficou conhecimento como Revolta da Vacina. Este levante durou menos de duas semanas, sendo vencido pela dura repressão do exército, o que culminou na prisão de 945 manifestantes, na deportação de 461 estrangeiros e em 110 feridos e 30 mortos (CHALHOUB, 1996).

materna e responsável por uma elevada mortalidade infantil, os Governos e as entidades médicas empreenderam no fortalecimento da “medicinização” do processo gestacional e parturitivo (PERROT, 2008, p. 75).

Pautados no entendimento de que “o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico [...] que permite a sua intervenção e a sua decisão” (FOUCAULT, 2008c, p. 123), houve o engendramento de dois processos: o de supervalorização do saber médico-científico e o de desvalorização dos saberes populares e não médicos – que recaiam sobre as parteiras, inclusive as diplomadas (MOTT, 2002). Conjuntamente, diferentes maquinarias sociais passaram a acionar os discursos maternalistas de que a mãe precisava ser científica (FREIRE, 2008) e cívica (RAGO, 1997). A dimensão científica abarcava os hábitos de higiene familiar, da busca pelos serviços médicos quando necessário e do rechaçamento dos saberes populares de cura e cuidado (FREIRE, 2008). Já a dimensão cívica compreende o maternar enquanto uma função social, vinculada a criação dos futuros cidadãos – trabalhadores – da pátria (RAGO, 1997).

> O maternalismo não se encontrava descolado do contexto geral da sociedade brasileira, mas sim associado ao higienismo – adotado de forma hegemônica como modelo explicativo e propositivo diante das principais questões sociais no período [...]. Representou, portanto, um dos caminhos que permitiram à sociedade brasileira materializar, através da higienização da maternidade e da infância, as transformações sociaise políticas almejadas (FREIRE, 2008, p. 168).

As técnicas de dominação ao partejar e ao maternar, enquanto expressão da sexualidade, foram “aplicadas em primeiro lugar com mais intensidade nas classes economicamente privilegiadas [...]” (FOUCAULT, 2006b, p. 113). Com isto, a burguesia tornou-se aliada do pensamento médico-higienista, subjetivando-se aos discursos científicos, que se difundiam em meio a esta classe social através dos manuais de higiene familiar e dos “conselhos médicos” (LEMOS; VASCO, 2012, p. 4). Já as camadas menos favorecidas da sociedade “escaparam, por muito tempo, ao dispositivo de sexualidade” (FOUCAULT, 2006b, p. 113), pois “não consideravam seu corpo como um valor; não o cultivavam, nem o protegiam com tamanha atenção” (LEMOS; VASCO, 2012, p. 4).

> A vida como um valor, o corpo "saudável e limpo", a casa higienizada e a conjugalidade centrada nos filhos serão impostos às classes pobres por meio da escola, da política habitacional, da higiene da cidade e dos

> órgãos da vigilância sanitária, das instituições de assistência e previdência, da medicina coletiva, enfim, de toda uma tecnologia política de controle, vigilância e correção dos corpos do proletariado (LEMOS; VASCO, 2012, p. 4).

Com o aprimoramento dos engendramentos discursivos médico-higienistas para subjetivar todos os segmentos sociais, tornou-se mais sólida a imagem de competência e superioridade médica em relação as parteiras, já que estes estavam imbuídos do conhecimento científico, do instrumental tecnológico e das inovadoras práticas intervencionistas (MAIA, 2010). Neste sentido Chauí (2017) afirma:

> O discurso competente, reconhecido e autorizado, é cientificista e restringe a linguagem, informando que não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se com a linguagem institucionalmente autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones das esferas de competência (CHAUÍ, 2017, p. 7).

Paulatinamente o imaginário social referendou as maternidades hospitalares enquanto locais ideais para o parto (MOTT, 2002), vistas como o "espaço em que a mulher teria apoio médico, repouso, além da assepsia, o que diminuiria o risco das infecções: onde o parto seria civilizado" (AMARAL, 2008, p. 932). Os mecanismos do noopoder tornaram-se maciçamente contribuintes no processo de subjetivação social, sendo estes exercidos pelos meios de comunicação disponíveis na época, que descreviam as maternidades hospitalares – locais onde atuavam os médicos – como um espaço científico e hospitaleiro (AMARAL, 2008):

> Os meios para convencer as mulheres a procurarem a maternidade foram diversos. Porém, a veiculação de matérias nos jornais e revistas foi o que obteve mais êxito, alcançando o maior número de pessoas [...]. Outra forma de estimular a procura dessa maternidade estava nas notas de agradecimento. Com bastante frequência o jornal as publicava; eram assinadas por pessoas bem situadas socialmente e faziam elogios aos cuidados que a maternidade dispensara às mulheres da família (AMARAL, 2008, 936-37).

Todo este campo discursivo de sedução e persuasão buscava consolidar a reconfiguração da assistência ao parto, inibindo a procura pelas parteiras, e viabilizando a implantação de um cenário de submissão feminina e imposição

médica, materializando a medicalização[43] do parto (AMARAL, 2008). Difundir em meio a sociedade a compreensão de que o parto era um evento potencialmente e habitualmente patológico, configurava a condição ideal para a atuação médica e as intervenções – praticadas em menor escala pelas parteiras – se transformassem em meta aos médicos, que deteriam o campo de atuação, e para as parturientes, que teriam ao seu dispor o que havia de mais científico e moderno (CHACAM, 2012; OSAVA, 1997). Como afirma Arney (1982, p. 21), os "homens tiveram que reconceituar o fenômeno [do parto] e trazer para ele um significado diferente daquele que ele tinha nas mãos das parteiras. Então, tinham que ser capazes de atuar naquele novo significado".

Este contexto que permitia aos médicos serem os "arautos do próprio saber" (BARRETO, 2008, p. 916) apregoando em meio a sociedade suas habilidades e sua forma de ver o parto, tornou-se favorável para o "processo de institucionalização da obstetrícia como especialidade médica legítima" (CHACAM, 2012, p. 423). Não somente, facilitou a potência dos discursos subjetivadores, fazendo com que o corpo social auxiliasse na desvalorização das práticas curativas e cuidativas populares (BARRETO, 2008). Com isso, as maternidades ou casas de parto que contassem apenas com a atuação de parteiras[44], tiveram seu funcionamento proibido por Lei ainda no início do Século XX, sendo uma determinação que contou com grande apoio popular (MOTT, 2002).

Entretanto, o parto domiciliar permanecia sendo uma realidade nas distintas classes sociais, mesmo considerando que a contratação dos médicos para atuarem no domicílio era muito dispendiosa. Muitos médicos atuavam em conjunto com parteiras nos partos domiciliares, que eram levadas por eles para auxiliarem ou até mesmo substituírem durante as muitas horas de evolução do trabalho de parto. Não somente, as parteiras permaneciam úteis na organização

[43] Este termo será compreendido no estudo por meio das acepções foucaultianas, baseadas na indissociabilidade das vivências e pensamentos acerca do corpo/indivíduo/sujeito em relação a compreensão da medicina científica acerca do mesmo (FOUCAULT, 2011b).

[44] Mesmo em meio ao domínio da medicina sobre o partejar, o exercício profissional da parteira permaneceu existindo. Nas cidades com maior infraestrutura dos serviços de saúde, as parteiras passaram a ocupar um espaço auxiliar no atendimento intra-hospitalar das parturientes, que era coordenado pelos médicos. Nas localidades com acesso não facilitado aos serviços médicos, as parteiras permaneceram atuando nos partos de menor complexidade ou na ausência de médicos para fazê-lo (SILVA, 2017b).

do ambiente e da dinâmica domiciliar, de modo a viabilizar a assistência médica, visto que havia a necessidade de todo um preparo dos locais para que o parto fosse manejado (MOTT, 2002).

Enquanto o Brasil vivenciava o contexto acima descrito no despontar do Século XX, outros países implementavam novas técnicas assistenciais no parto. Neste sentido, destacam-se a pesquisa Russa desenvolvida em 1902, que buscava a implementação de métodos de hipnose das parturientes de maneira a viabilizar o parto sem dor. O experimento coordenado pelo médico Pavlov, aplicou técnicas de hipnose em 28 mulheres, das quais 20 passaram pelo trabalho de parto e parto sem sentir dor. Mesmo contanto com a participação de poucas parturientes, o estudo foi considerado promissor e permaneceu em aprimoramento ao longo das décadas seguintes (VELLAY et al., 1967).

Já no ano de 1906, o farmacologista Henry Dale observou que o extrato da glândula pituitária que provocava contração da musculatura lisa – conforme descrito por George Oliver e Edward Sharpey-Schafer em 1895 – também era capaz de estimular contrações uterinas. Ao fazer tal descoberta, Henry Dale nominou a substância de ocitocina, utilizando-se dos termos gregos *"oxys"*, que significa "veloz", e *"tokós"*, que significa "parto". O efeito obtido com a administração endovenosa da substância passa a ser objeto de interesse dos obstetras, fazendo com que a substância passe a ser vendida sob o nome comercial de Pituitrina já no ano seguinte (PITTS-TAYLOR, 2016).

No Brasil, a Pituitrina passou a ser comercializada e utilizada na década de 1910 (MOTT, 2002), ganhando o apelido de "fórceps líquido", pois seria um método alternativo ao uso do fórceps, "uma espécie de fórceps bioquímico" (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018, p. 983). Entretanto, mesmo sendo eficaz e potente, seu uso indiscriminado era considerado "mais perigoso que a dinamite", pois poderia acarretar na morte do feto e da mulher, secundárias a anóxia fetal grave e a rotura uterina (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018, p. 983).

Com o advento da década de 1920, o ideal brasileiro de modernização e civilização do parto (AMARAL, 2008) que se revelava nos discursos e fazeres médicos, enunciando o hospital como o "lugar ideal e seguro para as mulheres darem à luz, independentemente da condição social e da indicação clínica", foi acompanhando de outras táticas para descaracterizar o domicilio como um local possível ou apropriado para o partejar (MOTT, 2002, p. 197). Os médicos

brasileiros passaram a prescrever listas extensas de insumos a serem providenciados pelas parturientes, o que era inacessível para a maioria delas. Diante desta condição, as mulheres já subjetivadas pelos discursos de não procura pelas parteiras que atuavam sozinhas, passavam a buscar os hospitais por não conseguirem custear as exigências para a vinda do médico ao domicílio (MOTT, 2002), expondo-as a um contexto de intervenções nem sempre condizentes com a necessidade das parturientes (CHACAM, 2012).

Outro engendramento contribuinte para a adesão das mulheres à procura dos hospitais para acessar a assistência ao parto que foi estabelecido na década de 1920, foram as consolidações das primeiras políticas Governamentais voltadas à promoção da saúde materno-infantil. Elas estavam imbricadas aos discursos de funcionalidade materna para a criação de filhos saudáveis e futuramente úteis para a nação (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005), relacionando as concepções da mãe científica (FREIRE, 2008) e cívica (RAGO, 1997).

Por meio destas táticas, o saber e as práticas médicas ganham espaço nos discursos do Governo, reforçando a maquinaria de subjetivação feminina e, ao mesmo tempo, viabilizando o financiamento estatal das maternidades por meio das instituições filantrópicas, o que acarretou na melhoria das instalações das mesmas, tornando-as mais atrativas às parturientes (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Frisa-se que a implementação destas políticas públicas voltadas à mulher, torna-se uma forma de controlar e investir na vida das populações, configurando um investimento biopolítico enquadrado em umalógica de governamentalidade (KIRST, 2015).

Ainda durante os anos 20 o obstetra Fernando Magalhães, atuante na Maternidade de Laranjeiras, passa a implementar práticas e estudos sobre o manejo do parto sob a sedação total, associado ao uso do fórceps – já utilizada em outros países. Neste período histórico, o parto era compreendido como um fenômeno agressivo e motivador de múltiplos sofrimentos, e a ideia de sedação total era vista como um alento. Todavia, o uso rotineiro desta prática não perdurou, em virtude da elevada mortalidade materna. Em meio a estes acontecimentos, a cesárea começa a sair do hall de procedimentos de última escolha para situações de risco, e passa a se tornar uma opção de fuga da dor do parto. Estes discursos pautavam-se na diferença existente entre o parto sob sedação total e a cesárea, sendo que no primeiro havia a necessidade da

atuação involuntária do corpo feminino através da contração uterina, e o segundo se configurava como um procedimento cirúrgico totalmente dependente da intervenção médica, em que o corpo feminino permanece passivo (DINIZ, 2005).

Diferentes estudos que visavam a redução ou anulação da dor do parto também estavam sendo desenvolvidos em outros países, porém, como abordagens completamente distintas da proposta pelo brasileiro Fernando Magalhães. Dentre eles, destacam-se os estudos desenvolvidos pelo obstetra inglês Grantley Dick-Read (TORNQUIST, 2002), que culminou a publicação do livro *"Childbirth without Fear*", em 1933, sendo o título atualizado posteriormente para "Parto sem dor - Os princípios e a prática do parto natural" (VELLAY et al., 1967, p. 45). Em seu modelo teórico, Dick-Read relacionava as dores do parto ao estado emocional da parturiente durante a evolução do trabalho de parto, tendo como princípio a "síndrome medo-tensão-dor". Esta estaria relacionada a fatores socioculturais, que ensinariam – subjetivariam – a mulher ao sofrimento, aspecto este que poderia ser reconfigurado por meio da "preparação pré-natal" (SALEM, 2007, p. 56).

> Essa educação - admitida como um processo de "ressugestionamento" e como forma de "fazer infiltrar a verdade no subconsciente" tem como resultado suposto a dissipação do medo. Além disso, como antídoto contra a tensão, Dick-Read propõe um treinamento físico centrado em técnicas de respiração e relaxamento. Assim reeducada, a mulher estaria em condições de interpretar as sensações provindas do útero não mais como dor, e sim como "mero trabalho muscular". No que diz respeito às fontes produtoras de "imagens mentais nefastas" da parição, o obstetra invoca desde os meios de comunicação até a equipe médico-hospitalar (SALEM, 2007, p. 57).

Com a chegada da década de 1940, o livro de Dick-Read havia se tornado um best-seller internacional e, com isso, o obstetra passou a elucidar sua proposta em vários países. A convite da *Maternity Center Association*, apresentou sua teoria nos Estados Unidos da América, sendo bastante aceita pela comunidade científica da época, o que originou a fundação do grupo de apoio *The Milwaukee Natural Childbirth Association*, que posteriormente, tornou-se a *The International Childbirth Education Association* (ODENT, 2003):

> [...] uma organização guarda-chuva de consumidores e educadores sobre o parto, que promove a liberdade de escolha baseada no conhecimento de alternativas sobre o parto. Pode ser considerada verdadeiramente internacional, já que tem membros em 42 países. Nos EUA, a maioria dos grupos aborda o parto a partir de perspectivas específicas e tem objetivos básicos particulares. [...] tem uma especificidade que se expressa em termos de filosofia (ODENT, 2003, p. 74-75).

O trabalho desenvolvido pela *The International Childbirth Education Association*, deu origem a diversas associações em distintos países, com o objetivo de difundir as concepções do parto sem dor por meio do preparo emocional da mulher (ODENT, 2003). As pesquisas desenvolvidas por Dick-Read e os desdobramentos na assistência são considerados um dos marcos precursores do movimento pela humanização do parto, mesmo sem fazer uso desta terminologia (TORNQUIST, 2002).

Porém, nem todos os países comungavam deste pensamento, dentre eles, a França. A expressiva queda da natalidade que já se configurava no final do Século XIX, e que se acentuou no período entre guerras[45], deu origem a campanhas pró-natalistas, através de ações de estímulo a maternidade e de repressão das práticas contraceptivas e abortivas. Engendrada por Governantes, políticos, sanitaristas, filantropos e obstetras franceses, visava "salvar a raça" e, por isso, consolidou-se por meio de práticas médicas de controle e intervenção sobre o gestar e o parir, fortalecendo o processo de medicalização do parto (THEBAUD, 2002).

Em alinhamento com o vivenciado na França, o Brasil também consolidava um movimento de extensa medicalização do parto, capitaneado pelos interesses Governamentais e propagados por meio dos discursos científicos nacionais. Neste momento histórico, os estudos de fomento ao intervencionismo realizados por Fernando Magalhães já haviam ganhado o reforço de seu discípulo Jorge de Rezende, que se tornou um dos principais autores dos livros didáticos da área da obstetrícia no Brasil (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016).

Cingido a este contexto, a medicalização do parto e dos demais fenômenos envoltos no gestar e maternar ascende enquanto política Governamental brasileira, com a criação do Departamento Nacional da Criança, em 1940. O foco maior era proteger a infância, porém, espraiava-se na díade mãe-filho, normatizando condutas, "concentrado nas ações de puericultura", e voltando-se "para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação". Todavia, todo esse processo de

[45] Período compreendido entre o final da Primeira Guerra Mundial, em 1918, e o início da Segunda Guerra Mundial, em 1939 (THEBAUD, 2002).

medicalização que vinha acompanhando do status de modernidade, evolução e cientificidade iria sofrer grandes transformações advindas de um dos maiores acontecimentos bélicos e sociais da humanidade: a Segunda Guerra Mundial (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 652).

4.3.7 Modernizar é Medicalizar

Considerado o maior conflito armado da história da humanidade, a Segunda Guerra Mundial, ocorrida entre 1939 e 1945, mobilizou as maiores nações do mundo e ocasionou a morte de aproximadamente 56 milhões de pessoas durante as batalhas, e mais 28 milhões de mortes relacionadas as doenças e a fome pós-guerra. Entretanto, os experimentos realizados em vários países – por motivações muitas vezes abomináveis – trouxeram significativos avanços em várias áreas do conhecimento, dentre eles, as ciências da saúde (ORLANDO, 2016).

Abarcando conhecimentos da dimensão física e psíquica, que vão das infecções bacterianas ao transtorno de estresse pós-traumático, a Segunda Guerra Mundial permitiu o desenvolvimento de saberes científicos – verdades (ORLANDO, 2016), que foram úteis à evolução da obstetrícia (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002). Dentre eles, destaca-se o aprimoramento nas práticas de sedação, analgesia, transfusão sanguínea, abordagens cirúrgicas, manejo clínico e cirúrgico de intercorrências diversas, descoberta do DNA (deoxyribonucleic acid) e clarificação sobre as doenças relacionadas a ele, e a antibioticoterapia[46] (ORLANDO, 2016), elementos estes que passam “a exercer um impacto crescente nos modos de definir e produzir subjetividades (HÜNING, 2014, p. 192).

Ao final da Segunda Guerra Mundial, a maioria dos países estavam destruídos e fragilizados social e economicamente, dando origem a um complexo processo de reconstrução (ORLANDO, 2016). Neste novo momento

[46] O primeiro antibiótico a ser usado com sucesso no tratamento de infecções bacterianas foi a penicilina. Descoberta acidentalmente em 1928 por Alexander Fleming, que atuava como pesquisador num hospital de Londres, na Inglaterra, passou a ser utilizada em larga escala somente durante a Segunda Guerra Mundial, após a participação científica de Howard Florey e Ernst Chain, que atuaram no desenvolvimento industrial da substância. O uso da penicilina salvou milhares de soldados feridos durante a Segunda Guerra Mundial, e permitiu o controle de doenças infecciosas que assolavam as sociedades naquela época, como a pneumonia, gonorreia, febre reumática, sífilis e tuberculose (GUIMARÃES, et al., 2010).

social, as ciências biomédicas foram determinantes na reorganização estrutural e das práticas sociais, fortalecendo a multidirecionalidade da medicalização e tornando as sociedades cada vez mais dependentes de inovações tecnocientíficas da área da saúde (CLARKE, et al., 2010). Emergem biopolíticas que dão ênfase a dimensão do risco, denotando os modos de compreender e agir sobre a díade saúde-doença, baseando-se em cálculos de probabilidade, otimização da vitalidade, maximização da saúde e controle sobre eventos futuros (ROSE, et al., 2009).

Este contexto exerceu forte influência sobre a realidade brasileira, intensificando o surgimento de instituições hospitalares privadas e filantrópica ao longo de todo o país. Com isso, o acesso a assistência à saúde amplia-se a uma parte expressiva dos brasileiros, tendo como princípio a lógica hospitalocêntrica e medicocêntrica, que se tornou ainda mais forte com o estabelecimento da medicina previdenciária e a criação dos institutos de aposentadorias e pensões (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

A atuação conjunta dos elementos acima descritos foi determinística para consolidar a total migração do parto dos ambientes domiciliares para os hospitais. Sob a justificativa científica de melhorar as condições de saúde das mulheres e das crianças nestes espaços altamente tecnológicos, o ambiente hospitalar ganhou alforria social e política para implementar práticas de esquadrinhamento, monitorização, regulação e potencialização dos processos corporais que envolvem a parturição (DINIZ, 2001).

As instituições hospitalares que desde o século XVIII aprimoravam e fortaleciam suas dinâmicas e imperativos, consolidando conhecimentos para gerir os corpos (ROSENBERG, 2002), aplicaram maciçamente este conjunto de discursos e práticas sobre o parto hospitalar. Pautando-se no esquadrinhamento, estandardizou métodos diagnósticos e procedimentos corretivos/terapêuticos, originando protocolos institucionais para o disciplinamento do corpo que pari (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018), que desvalorizavam aspectos emocionais e sociais do parto (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006) e focavam na dinâmica corporal do mulher, tida como possuidora de uma “máquina” que deveria ser “consertada” ou “aprimorada” pelo médico obstetra (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018, p. 994).

O parto patologizado torna-se equiparado as demais patologias atendidas no hospital, necessitando de múltiplos procedimentos e tecnologias para que se alcance o desfecho favorável (DINIZ, 2001). Neste interim, valoriza-se e normatizam-se que o obstetra tenha uma postura "ativa" durante o parto, implementando as mais variadas técnicas intervencionistas que julgar necessário (BASTOS FILHO, 1962, p. 156). Como afirma Ferraz (1957, p. 101), a conduta ideal do obstetra incluía o abandono da "atitude de passividade à evolução do parto, subordinado exclusivamente ao determinismo da natureza", e que este deveria "encurtá-lo mediante [...] o judicioso emprego dos mais variados recursos terapêuticos".

Diversos procedimentos foram paulatinamente rotineirizados por meio da postura "ativa" dos obstetras (BASTOS FILHO, 1962, p. 156), e serão apresentados abaixo. Em relação ao posicionamento da mulher durante o parto, foi normatizada a litotomia – posição em que a parturiente fica deitada de barriga para cima, com suas pernas abertas e flexionadas. Esta postura "alarga e expõe melhor o períneo e dá 'liberdade de movimento ao médico'" (ADEODATO FILHO, et al., 1963, p.11). Cabe destacar que a liberdade de movimentação trazida ao médico pelo posicionamento da parturiente em litotomia implica, necessariamente, em uma menor liberdade de movimentos à mulher (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

Associados à litotomia estão os procedimentos que visam higienizar o corpo feminino para a vivência do trabalho de parto. Dentre eles destacam-se o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (retirada dos pelos pubianos) e a antissepsia da genitália externa com substâncias germicidas (RIBEIRO, 1962). Todos eles estavam diretamente relacionados com a facilitação técnica da episiotomia. A episiotomia consiste numa incisão na região do períneo com objetivo de ampliar o canal de parto (CORRÊA JUNIOR; PASSINI JÚNIOR, 2016). Como revela o artigo científico publicado em 1962, na Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia, de autoria do obstetra Paulo Ribeiro, a utilização da episiotomia era um "ponto pacífico" (p. 110):

> Felizmente, está se generalizando cada vez mais o seu uso [da episiotomia]. As clássicas e obsoletas manobras ditas de 'proteção do períneo' cederam lugar, na atualidade, à prática alargada da episiotomia. Não nos deteremos em considerações sobre o assunto que, atualmente, parece constituir ponto pacífico. Diremos apenas que ela tem uma dupla finalidade: a terminação mais rápida do parto, poupando o feto de um

> traumatismo inútil e perigoso e possibilitando uma melhor recomposição das partes moles, de grande importância para o futuro da mulher (RIBEIRO, 1962, p.110-11).

O uso rotineiro da episiotomia estava fortemente relacionado com a posição de litotomia, pois “facilita a infiltração local anestésica, assim como a episiotomia e sua sutura” (ADEODATO FILHO et al., 1963, p.11). A postura litotômica também colaborou para a rotinização do rompimento artificial das membranas amnióticas e da Manobra de Kristeller, que poderiam ser aplicadas pelo próprio obstetra ou por algum outro profissional que estivesse auxiliando-o. A Manobra de Kristeller - compressão externa do fundo uterino da parturiente - servia para “complementação de seus esforços expulsivos” (SILVEIRA, et al., 1965, p. 63), e era frequentemente acompanhado pelo uso do fórceps profilático, fazendo com que duas forças externas atuassem para a saída do feto (DINIZ, 2001).

Este conjunto de procedimentos rotineirizados ganha um novo aliado em 1953, quando o químico estadunidense Vincent Du Vigneaud publica o método de isolamento da ocitocina retirada de extratos pituitários. Com isso, seria possível utilizá-la sem os efeitos indesejados e possivelmente nocivos trazidos pela vasopressina que vinha junto nos extratos pituitários comercializados até o momento. O uso da ocitocina isolada rapidamente ganhou espaço, pois, conciliado com as outras técnicas já descritas, reduziria consideravelmente o tempo do parto (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). Como revela o estudo de autoria de Alfredo Carvalho e Pedro Luiz Aleixo, publicado em 1966, o que justifica a indicação rotineira do uso de ocitocina:

> [...] é um término rápido do parto, englobando vantagens para parturiente quem não sofre dores e ansiedades; para o feto que se livra dos embates a que é submetido o seu polo cefálico, na contração uterina intermitente, por horas a fio; e para o obstetra, que economiza energias físicas e mentais para melhor entregá-las em casos outros (CARVALHO; ALEIXO, 1966, p. 93).

A conjuntura apresentada começa a delinear o que ficou denominado como “narcoaceleração”, que consiste no “o encurtamento dos vários períodos do parto, no interesse de poupar sofrimento inútil e prolongado à mulher-mãe”, por meio da “ação de ocitócicos isoladamente, ou combinados com métodos analgésicos e recursos tocúrgicos” (SERRANO, 1957, p.96).

Todavia, alguns pesquisadores da época faziam a ressalva em seus artigos científicos, afirmando que o uso das técnicas acima descritas exigia aprimorada experiência obstétrica e métodos apurados de vigilância das condições maternas e fetais (ROCCO, 1957; SILVEIRA, et al., 1965). Diante deste entendido, torna-se rotina a monitorização da parturiente e do feto, o que incluía a verificação da frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e dilatação cervical materna, a verificação da frequência cardíaca fetal por meio do estetoscópio de Pinard[47] e a administração de oxigenoterapia, com vista a prevenção da anóxia fetal (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018; ROCCO, 1957).

Ainda como um método de monitorização da parturiente, torna-se popular entre os obstetras o modelo de avaliação da evolução do trabalho de parto em relação ao tempo necessário em cada fase. Este instrumento, que fora inventado em 1951 pelo estadunidense Emanuel Friedman, recebeu no nome de Partograma de Friedman, e serviu, naquela época, para validar a necessidade das intervenções[48], pautando-se na relação entre a normalidade estatística da média de tempo em cada fase, com a normalidade fisiológica da evolução do trabalho de parto (ROTHMAN, 2006).

A práticas que visavam acelerar o trabalho de parto não raramente traziam efeitos indesejados, que habitualmente eram manejados através de outras intervenções, gerando um efeito cascata (DINIZ, CHACHAM, 2006). Estas situações fazem com que o uso rotineiro das práticas de aceleração e antecipação do parto comece a gerar dissenso entre os obstetras. Aqueles que as defendiam, justificavam que tais ações representavam o que havia de mais moderno e eficaz, em detrimento de modos arcaicos de partejar. Já aqueles que criticaram as práticas intervencionistas, argumentavam que elas visavam apenas a comodidade dos médicos, colocando em risco a vida e a saúde da parturiente e do feto (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

Perante essa nova concepção que caracteriza a parturição como uma "crise para a qual as mulheres civilizadas seriam inaptas para lidar, necessitando

[47] O estetoscópio de Pinard é utilizado para fazer a ausculta dos sons intrauterinos, viabilizando a avaliação da presença, do ritmo, da frequência e da normalidade dos batimentos cardíacos fetais (SARAVÍ, 2014).

[48] Nas últimas duas décadas, o uso do Partograma de Friedman vem sendo utilizado como um instrumento para avaliar cautelosamente e validar a necessidade do emprego de técnicas intervencionistas, fomentando o não uso indiscriminado das mesmas (ROTHMAN, 2006).

de tratamento médico" (GUALDA, 2017, p. 32), não somente os partos por via vaginal foram reconfigurados. A evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, acompanhadas pela antibioticoterapia, fizeram com que o parto cesáreo se tornasse uma opção de excelência, especialmente entre as familiar com maior poder aquisitivo (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002). Este fato também agradava aos médicos, que viam na cesárea uma alternativa rápida e sob seu total controle para resolver a situação. Porém, não apenas as indicações clínicas e o desejo das parturientes eram levados em consideração para a escolha pelo parto cesáreo pois, como revela um artigo científico de 1955, este procedimento poderia ser justificado pelo "cansaço do parteiro[49] pelo fato de ter outros compromissos ou se sentir enfadado" (CORREA, 1955, p. 26).

Todo este engendramento que buscava consolidar a medicalização enquanto um modelo ideal, passa a receber, ainda na década de 1950, o reforço de novos investimentos do noopoder. Aos poucos são inseridos no mercado literário brasileiro manuais recém traduzidos que visavam preparar e instrumentalizar as mulheres para a vivência do parto e da maternidade. Este fato despertou o interesse médico e editorial nacional, e logo passaram a ser produzidos materiais contextualizados a realidade do país. Tendo como público-alvo a emergente classe média urbana, apresentava uma acepção mais abrangente sobre a medicalização, englobando diversas dimensões da vida (AYRES, et al., 2019). Além disso, utilizava-se da denominação "parto normal" para pedagogizar o modelo intervencionista de assistência ao parto enquanto ideal, seguro e moderno, o que, segundo Ayres et al (2019, p. 67), podem ser compreendidos como "instrumentos de legitimação do poder da obstetrícia sobre as mulheres", pois fortaleciam os métodos de "vigilância, disciplina e homogeneização médica do processo de parto".

Com a chegada da década de 1960, os engendramentos do noopoder se tornam ainda mais fortes. A expansão dos meios midiáticos impressos e radiofonizados, acrescida da entrada gradual e exponencial dos televisores nos domicílios brasileiros, engendravam mecanismos abrangentes e sólidos que intentavam em favor da medicalização da vida. Não diferente, a gestação e o

[49] O termo parteiro possuía na época o mesmo significado que médico parteiro ou médico obstetra (CORREA, 1955).

parto tornaram-se assuntos frequentes nestas mídias, através de distintas abordagens (SCHWENGBER; MEYER, 2011).

A fortalecimento do consumo dos produtos midiáticos pela sociedade ampliou as táticas de vigilância, esquadrinhamento e subjetivação, efetivando formas de controle com direcionamentos distintos. Enquanto as diversas instituições imbuídas dos discursos científicos tidos como verdades, buscavam conduzir as condutas exercendo um controle externo – “de fora”, as mulheres e seus familiares, exímios consumidores das informações midiáticas – que direta ou indiretamente possuíam caráter medicalizador – atuavam no próprio governamento – “de dentro”, como efeito da subjetivação (REZENDE, 2011).

Todo este processo pedagógico desenvolvido pelos meios midiáticos que engendravam o noopoder, acabou se tornando ambíguo. Ao mesmo tempo que propagava as concepções medicalizadas acerca do parto, enquanto um evento patologizado que necessitava da intervenção médica, ela também munia as mulheres com conhecimentos sobre seus corpos (FREIRE; BONAN; NAKANO, 2018). Entretanto, este empoderamento feminino acerca dos saberes relativos aos seus corpos, permitiu o afloramento de novos discursos que intentavam contra o controle e a domesticação da vivência do parto (DINIZ, 1996). É neste contexto que a dominação médica sobre o corpo feminino encontra uma nova forma de resistência.

4.3.8 Feminismo e o advento de uma nova Racionalidade

As profundas e aceleradas transformações sociais que tiveram início no Pós-Segunda Guerra Mundial, permaneceram em ascensão nas décadas seguintes, porém, cada vez mais relacionadas a emersão da globalização e dos diversos movimentos sociais (ADELMAN, 2016). Na especificidade dos movimentos sociais que surgiram nesta época e que trouxeram implicações aos modos de partejar, pode-se destacar o feminismo. Sob a égide do movimento feminista brasileiro, “a luta por direitos sociais se associa à luta pelos direitos individuais e específicos e vice-versa” (SCAVONE, 2004, p. 16).

Das leituras possíveis acerca dos marcos iniciais do movimento feminista, destaca-se a publicação da obra “O Segundo Sexo”, no ano de 1949, de autoria da filósofa francesa Simone de Beauvoir, que acaba ecoando mais fortemente no Brasil ao longo da década de 1960 e nas décadas posteriores (CARNEIRO,

2011). Dentre as várias dimensões ricamente abordadas, impulsionadas por célebres frases como “ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, a obra tornou-se referência para problematizar a construção social e histórica do gênero em sua interface com o determinismo biológico, abarcando aspectos hierárquicos entre homens e mulheres, e as desigualdades advindas destes engendramentos (BEAUVOIR, 2019, p. 9).

Como descreve Costa (2005, p. 10), “o feminismo, enquanto movimento social, [...] surge no contexto das ideias iluministas e das ideias transformadoras da Revolução Francesa e da Americana”. Todavia, atravessamentos sócio-políticos transformaram a forma como determinados acontecimentos sociais eram discutidos e problematizados pelas feministas, levando a ampliação e a reelaborações no campo discursivo subjetivador, e solidificando e sedimentando suas práticas de mobilização social (CARNEIRO, 2011).

O âmago das discussões apresentadas pelas teorias feministas sobre a multidimensionalidade da maternidade, podem ser divididas em três momentos discursivos. Em um primeiro momento, a capacidade biológica de gestar era classificada com um *handicap* – defeito natural – que confinava as mulheres em um grupo marcado pela sua fisiologia, uma “bioclasse” (SCAVONE, 2001, p. 139). Pautando-se neste entendimento, aflora a crítica, a negação e a recusa da maternidade enquanto destino biológico, sob a premissa de que estas configurariam um caminho possível para a reversão da dominação exercida pelo masculino (SCAVONE, 2004).

Tendo como eixo central as discussões sobre a maternidade enquanto mecanismo usado pelo patriarcado para promover o controle do corpo e dos comportamentos, o movimento feminista centrava seus esforços na dimensão igualitarista de papéis sociais. Para tanto, elencava como prioridade o controle feminino sobre a dimensão do gestar (SCAVONE, 2001), avocando o acesso a métodos contraceptivos e de interrupção voluntária da gestação (SILVA, 2017a). O segundo momento das teorias feministas emerge “em meio ao autoritarismo e à repressão dos regimes militares dominantes e das falsasdemocracias autoritárias”, ao longo dos anos 1970 (COSTA, 2005, p.13).Caracterizado pela negação do *handicap* – não é defeito natural – a capacidadede gestar e maternar transmuta-se em uma qualidade única e insubstituível que só pertence as mulheres, e advém de seus corpos que se conectam aos fetos

por meio do cordão umbilical, como fonte de vida e poder. Diante desta construção discursiva, as engrenagens do patriarcado que buscavam dominar e controlar os corpos femininos, se justificaria pela inveja e temor masculinos. Esta abordagem, conhecida como feminismo da diferença, reafirmava a importância do papel social feminino, mesmo em meio das táticas de repressão (CARNEIRO, 2011; SCAVONE, 2001; SCAVONE, 2004).

Enquanto as teorias feministas problematizavam a potencialidade da capacidade de gestar (CARNEIRO, 2011), o Brasil vivenciava a continuidade das práticas médicas intervencionistas (ANDREZZO, 2016). Em meio a esta realidade, o Governo Federal Brasileiro propôs dois programas: o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em 1974; e, o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (PPGAR), em 1977. Evocando unicamente a dimensão da mulher enquanto reprodutora, considera-se o objetivo final dos mesmos era unicamente “a proteção à saúde e bem-estar do concepto, produto da gestação” (COSTA, 1986, p. 1.134). Em virtude da visão reducionista do corpo e dos papéis sociais das mulheres, os dois programas foram alvos de duras críticas do movimento feminista, sendo que o PPGAR não chegou a ser implementado devido a grande mobilização dos movimentos sociais, apoiados pela imprensa (RAMALHO, et al., 2012).

Contemporaneamente, iniciou a discussão internacional sobre a humanização da assistência à saúde, tendo como marco a publicação da obra *Humanizing Health Care*, organizada por Howar e Strauss. O material descrevia as características das práticas denominadas como humanizadas e desumanizadas, enunciando que no primeiro grupo estavam compreendidos o respeito à integralidade dos indivíduos, as relações dialógicas, a liberdade de escolha e decisão, dentre outros. Já entre as práticas desumanizadas estão a coisificação dos indivíduos, a redução do indivíduo a sua condição clínica, a segregação social, étnica e racial, a ausência de liberdade, dentre outros (DESLANDES, 2006).

Em meados do final dos anos 1970 e início de 1980, o movimento feminista brasileiro adentra seu terceiro momento de discussões acerca da multidimensionalidade da maternidade, fase caracterizada pela desconstrução do *handicap* natural, sob a argumentação de que não é a natureza biológica – capacidade de gestar – que é determinante na posição social feminina, mas sim,

as relações de dominação que impõe significado social à maternidade. Assim sendo, a dominação que um sexo exerce sobre o outro não se justificaria das diferenças biológicas, mas através da dimensão social (SCAVONE, 2001; SCAVONE, 2004).

Esta proposta explicativa acerca da maternidade, colocando-a como multifacetada, por ser símbolo da opressão, como também uma marca da realização feminina, surge com o advento do conceito de gênero em meio as Ciências Sociais (SCAVONE, 2004), como elemento construído "histórico, cultural e politicamente", que é "resultado das relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro" (SCAVONE, 2001, p. 143). O terceiro momento de lutas feministas, celebra "o triunfo da compreensão da mulher como indivíduo", colocando a "mulher enquanto protagonista da maternidade" (SILVA, 2017a, p. 35) e não mais condenada a ela, dissociando a vivência da sexualidade como uma obrigatoriedade ao gestar e ao parir (CARNEIRO, 2011). Diante dos profundos e férteis engendramentos, o movimento feminista enquanto mobilização social viabilizou a "oportunidade de romper temporária e parcialmente com alguns dos mecanismos de submissão e viver", que se tornaram pedagógicas, dando aos indivíduos "oportunidade de vivenciar outras formas de agir frente a seus problemas" (SANDOVAL, 1989, p. 70)

Em virtude da crítica feminista feita à compulsoriedade da maternidade, alguns estratos do movimento feminista brasileiro passaram a colocar em voga a maternidade enquanto um direito civil de saúde. Com isso, a dimensão do parto torna-se uma pauta frequente nas discussões, com ênfase a qualidade e a forma como se processa o atendimento (RODRIGUES, 2015), levando ao crescente questionamento do modelo de assistência até então vigente (CARNEIRO, 2011). Mesmo com a ressalva feita por autores de que "a reflexão teórica que articula a condição feminina aos temas da saúde é relativamente tardia no processo de gestação da consciência feminista (XAVIER; ÁVILA; CORREA,1989, p. 206), conforme a relação medicalizadora estabelecida entre a medicina e o corpo feminino foi sendo problematizada, todo o modelo de saúde públicavoltado à mulher foi posto em litígio (CARNEIRO, 2011). Inquerindo sobre aneutralidade do conhecimento científico que embasava as práticas assistenciaise apontando para a necessidade da sedimentação de saberes que trouxessem outras perspectivas de análise (HARAWAY, 1995), levou ao advento de

panoramas científicos que progressivamente passaram a refutar as práticas intervencionistas rotineiras, iniciando o processo de remodelagem da linguagem científica (ANDREZZO, 2016). Como afirma Foucault (2008c, p.14), não se tratava de "criticar os conteúdos ideológicos que estariam ligados à ciência ou fazer com que a sua prática científica seja acompanhada por uma ideologia justa; mas saber se é possível constituir uma nova política da verdade". O filósofo complemente que "o problema não é mudar a "consciência" das pessoas, ou o que elas têm na cabeça, mas o regime político, econômico, institucional de produção da verdade" (FOUCAULT, 2008c, p.14).

As lutas do movimento feminista referentes a múltiplos aspectos da saúde pública acabaram somando forças a outros movimentos sociais femininos, como os liderados pelas Comunidades Eclesiais de Base e outras pastorais da Igreja Católica, que elencavam como prioridade o acesso aos serviços de saúde, educação, saneamento básico, dentre outros (DINIZ, 2000). Os interesses uníssonos dos movimentos sociais levaram ao desenvolvimento de mobilizações conjuntas, que se somaram aos esforços de outras entidades, tais como o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CeBrAP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e a Fundação Carlos Chagas, que culminou na primeira proposta de política pública voltada a saúde da mulher, no estado de São Paulo, em 1983 (CARNEIRO, 2011).

Alinhada com as demandas nacionais de saúde das mulheres e com o interesse governamental de expandir o cuidado para além do ciclo gravídico-puerperal, a proposta de política pública paulista foi editada para a realidade do país, sob a tutela do Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, do Ministério da Saúde, em parceria com a UNICAMP, e publicada nacionalmente em 1984[50],

[50] O período histórico correspondente a década de 1980 é marcado por distintos acontecimentos que fortaleceram e impulsionaram movimentos sociais e a inferição de novos modelos de assistência à saúde da mulher e de cuidados voltados à gestação, parto e puerpério (CARNEIRO, 2011). Mesmo que muitos fatos e engendramentos não tenham sido detalhados neste estudo, salienta-se que os mesmos não foram desconsiderados, sendo entendidos como parte constitutiva dos processos que levaram a emersão de novos discursos-verdades que foram melhor abordados. Dentre eles podem ser destacados a criação de Organizações Não Governamentais Feministas, como a "SOS Corpo", "Curumin" e "Coletivo Feminista de Sexualidade de São Paulo", que se tornaram essenciais para fomentar a luta pela construção de modelos assistenciais ao parto que fossem humanizados (TORNQUIST, 2004), a ocorrência de eventos como o "Primeiro Encontro Nacional de Mulher e Saúde", da "VIII Conferência Nacional de Saúde" (D'OLIVEIRA, 1999), da "Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres", e da "Segunda Conferência Mundial sobre a Mulher", vinculados a Organização das Nações Unidas (RIFFEL, 2005), dentre outros.

com a denominação de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (OSIS, 1998). Este programa, que se configura em mecanismos de poder e estratégia de governamento (KIRST, 2015) tornou-se um marco por incorporar características inovadoras ao sistema de saúde brasileiro, como a descentralização, a hierarquização, a regionalização e a proposta de participação social (OSIS, 1998). A preocupação Governamental sobre fenômenos próprios da população (FOUCAULT, 2008b), revelada por este programa:

> [...] vai falar da emergência de um biopoder sobre a vida, agregando-se aos dispositivos de disciplina sobre os corpos individuais, técnicas de condução da mesma. Nomeiam-se fatores, comportamentos, fenômenos considerados perigosos à "boa" conservação da população e, em nome da segurança e da defesa dela, criam-se diversas biopolíticas, ou seja, procedimentos não apenas legislativos, de gestão e de controle direto sobre a vida, em especial a vida biológica. Nessa lógica, justificam-se práticas governamentais sobre determinadas pessoas ou grupos de pessoas, caso, na análise do governo, elas representem risco a si mesmas, ao restante da população ou à espécie (CASER; LOUZADA; SILVA, 2015, p. 14).

Outro marco do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, está posto no termo integralidade, presente já no nome do programa. O conceito de integralidade proposto pelo PAISM, rompe com o legado das políticas públicas até então implementadas, que possuíam uma abordagem fragmentadora (OSIS, 1998). Como descreve a proposta original:

> [...] assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1984, p.15).

Em outras palavras:

> [...] a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1998, p. 27).

Mesmo tendo proposta integralista e representando avanços em vários segmentos da assistência à saúde das mulheres, considera-se que o PAISM deixou muitas lacunas em relação ao objetivo proposto (RAMALHO, et al., 2012). Neste sentido, Rodrigues (2017), afirma que a pouca ênfase do Programa ao

cuidado voltado à gestação, parto e puerpério, impediram que este interferisse no modelo de assistência intervencionista vigente.

Ainda em 1984, ocorreu um fato que impulsionou as múltiplas dimensões da globalização e tornou-se capilar em meio a sociedade ao longo dos anos e décadas seguintes: a constituição de um ciberespaço por meio da internet. Criada em 1969 com a finalidade de comunicação bélica, o estabelecimento da internet enquanto um território social virtual sem fronteiras, transformou os modos de socialização, compartilhamento de informações, discursos, saberes e verdades e, consequentemente, as táticas de subjetivação. Todavia, o uso da internet na propagação discursiva científica e dos movimentos sociais ganhou força somente no final da década de 1990 e nos anos 2000 (CASTELLS, 2013).

Sob a égide da interface saúde-globalização ocorreu, em 1985, uma conferência sobre tecnologias apropriadas no parto, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), na cidade de Fortaleza, Brasil (OMS, 1985). Tendo como objetivo “examinar as evidências pró ou contra algumas práticas mais comuns” durante a assistência ao parto, e “fazer recomendações fundamentadas nas melhores evidências disponíveis” (OMS, 1996, p. 1), culminou na elaboração da Carta de Fortaleza (OMS, 1985), que foi publicada na prestigiosa Revista Lancet (WAGNER, 1997), salientando a importância da participação feminina na elaboração das políticas públicas voltadas a elas, e bem como, trazendo recomendações voltadas à redução das práticas intervencionistas durante o parto (OMS, 1985).

Sendo pioneira na associação da tônica da medicina baseada em evidência em relação ao contexto da assistência ao parto (RIFFEL, 2005), o texto foi reprovado por grande parte das entidades médicas, provocando reações indignadas (WAGNER, 1997). Cabe destacar que nem mesmo o conceito de “parto normal” era consensual (OMS, 1985). Diante disto, considera-se que este documento orientativo surtiu poucos efeitos práticos no modo como a assistência ao parto era prestada, sendo perpetuadas as ações intervencionistas com a mesma intensidade (DINIZ, 2001).

Em meio a turbulenta situação social brasileira do final da década de 1980, marcada pelos frutos da redemocratização nacional e dos movimentos sociais, promulga-se, em 1988, a nova Constituição Federal. Chamada de Constituição Cidadã, demarcava a ampliação dos direitos civis, sociais e econômicos, bem

como, a igualdade jurídica entre homens e mulheres (SANTOS, 2003). Não somente, transforma a relação Estado-sociedade no que diz respeito aos deveres estatais em relação a saúde da população, afirmando em seu artigo 196 que:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

Essa constituição que elenca a saúde como direito, cria o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, associados a participação social e a descentralização (BRASIL, 1988). Por meio de complexa engenharia política que articula interesses e representações diversas, o SUS possui um desenho institucional sofisticado, que alinha e congrega contextos federativos heterogêneos (MAIO; LIMA, 2009), características estas que:

> Leva os sujeitos a produzirem-se como sujeitos de direitos, como cidadãos, através da garantia de acesso a direitos sociais, econômicos, civis e políticos. O direito à saúde amarra os sujeitos em uma complexa rede de cuidados e preocupações consigo mesmos que os conduz a aderir às práticas de saúde. Promover a vida envolve ações integrais do Estado e, por outro lado, a singularidade e autonomia dos sujeitos. As lutas [...] acabam se acoplando com mais intensidade à formação biopolítica do fazer viver (GUARESCHI; AZAMBUJA; LARA, 2012, p. 8).

Já sob vigência do SUS, foram implementadas distintas ações, programas e políticas voltados à saúde da mulher, consolidando preponderantes progressos na redução da morbimortalidade materna e infantil e em todo o ciclo vital feminino (LEAL, et al., 2018). Entretanto, os mesmos não foram alcançados de maneira contínua, linear e crescente, mas sim, marcada por avanços e retrocessos, especialmente no que se refere aos modelos de assistência ao parto (BIONDI, et al., 2018).

4.3.9 Do intervencionismo como violência à humanização como ciência

A reconfiguração requerida pelo SUS nos modos como assistência à saúde da população se processava, com vistas a efetivar os princípios norteadores desta nova relação saúde-sociedade-Estado, permaneceu acompanhada dos movimentos sociais e das demandas apresentadas por estes (SANTOS, 2003). Neste sentido, o movimento feminista, por meio do Coletivo

Feminista Sexualidade e Saúde, dentre outros, participou do desenvolvimento de dois estudos de vanguarda no país, o “Violência – Um Olhar sobre a Cidade”, em 1989, e “Dar à luz em condições violentas”, em 1990 (CARNEIRO, 2011).

Estes estudos documentaram pioneiramente o quanto os profissionais de saúde eram agressivos durante a assistência à parturição, implementando práticas humilhantes e desrespeitosas, bem como, que o modelo de assistência ao parto pode ser violento, física e psiquicamente, mesmo que não seja processado de maneira explicitamente agressiva (SOUZA, 1992). A partir de então a violência contra a mulher passava a ser apreendida também em sua interface com a dimensão da assistência à saúde, conferindo ao termo “violência obstétrica”[51] uma designação própria em meio a vivência do partejar[52] (CARNEIRO, 2011).

Diniz (2001), descreve que no início dos anos 1990, o modelo de parto rotineirizado no Brasil ocorria na posição de litotomia, com o emprego de enema, tricotomia e infusão intravenosa de ocitocina sintética. A mulher semi imobilizada, ficava privada de alimentar-se e ingerir líquidos, e sobre ela eram aplicadas a manobra de Kristeller, a episiotomia profilática e o uso do fórceps (DINIZ, 2001). Para além do parto vaginal repleto de intervenções, o parto cesáreo também era uma “moda no Brasil”, com dia e hora marcados pela conveniência para a obstetra e/ou para a parturiente, e sem indicação clínica que justificasse o procedimento cirúrgico (FAÚNDES; CECATTI, 1991, p. 165).

Os movimentos sociais feministas nacionais e internacionais permaneciam mobilizados em transformar a realidade do modelo de assistência ao parto vigente no Brasil, e eram cada vez mais impulsionados pelos resultados encontrados em pesquisas que colocavam em indagação as justificações para as práticas intervencionistas. Esta conjectura de alinhamento das lutas dos

[51] Na perspectiva Foucaultiana o termo “violência” tem sentido distinto das relações de poder. Para ele, a violência age “sobre um corpo, sobre a coisa; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro polo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la” (FOUCAULT, 2013a, p. 244). Todavia, este estudo tem como premissa que as interações que se estabelecem entre profissionais de saúde e parturientes são também marcadas por resistência, rotas de fugas e condições de liberdades, caracterizando uma relação de poder e não a violência nos moldes Foucaultianos. Entretanto, será utilizado o temo violência ao longo do estudo, de modo a não descaracterizar a literatura científica sobre a temática, no qual o emprego do mesmo está consolidado.

[52] O conceito de Violência Obstétrica será aprofundado posteriormente, à luz das definições recentes de organizações nacionais e internacionais.

movimentos sociais culmina na criação da Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa). Articulando profissionais da saúde e ativistas do parto humanizado de todo o país, a ReHuNa rapidamente tornou-se de extrema importância no fortalecimento das ações pela ampliação do acesso e melhoria da qualidade da assistência obstétrica nacional. Não somente, fomentou a criação de inúmeros grupos de partilha de informações sobre gestação e parto, empoderando mulheres e reforçando a ideia de que o acesso a informação possibilitaria a redução das relações assimétricas de poder a autonomia feminina(RODRIGUES, 2015).

Mais do que um movimento de social de combate à perpetuação do modelo intervencionista do parto, a ReHuNa tornou-se vanguardista na difusão de conhecimentos científicos que faziam frente aos antigos saberes da década de 1950, 1960 e 1970, que ainda embasavam as práticas assistenciais. Além disso, foi pioneira em propor um atendimento obstétrico que não fosse centrado unicamente da dimensão biomecânica do parir, mas sim, no bem estar dos indivíduos participantes: mulheres, bebês e famílias (RATTNER, 2010).

Corroborando com as proposições de grupos como a ReHuNa, ocorriam discussões mundiais advindas das mobilizações feministas que problematizavam questões referentes a morbimortalidade materna e a assistência à saúde ofertada pelas instituições, sob a perspectiva da cidadania, dos direitos humanos e da jurisprudência. Todas estas questões levantadas acabaram tendo ênfase em convenções internacionais, como a Conferência Internacional de Direitos Humanos de Viena, em 1993, que debateu acerca dos direitos das mulheres enquanto direitos humanos; a Conferência do Cairo – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, que versou sobre os direitos reprodutivos; e a Conferência de Beijing – IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, em 1995, que abordou a assistência ao parto enquanto parte dos direitos sexuais e reprodutivos (CARNEIRO, 2011). Cabe destacar que o acionamento discursivo sobre direitos humanos incita, ao mesmo tempo, a maquinaria do governamento, como revela Foucault (2014c, p. 266), ao afirmar que: “os direitos humanos são o direito dos governados”.

Paralelamente aos engendramentos históricos supracitados, ganham forças os discursos da Medicina Baseada em Evidências, que vai de encontro a prática assistencial baseada na “experiência clínica pessoal, imposta de forma

arbitrária" e empobrecida "da produção de certezas e eficácia terapêutica" (DRUMMOND apud VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL, 2005, p. 500). Definida como o "consciencioso, explícito e judicioso uso das atuais melhores evidências nas tomadas de decisões a respeito do cuidado individual dos pacientes" (SHERBEENY; ASHOUSH apud LUZES, 2007, p. 457-58), a Medicina Baseada em Evidências embasou a obra "Assistência ao parto normal: um guia prático", capitaneada pela Organização Mundial da Saúde e publicada em 1996 (OMS, 1996).

Fruto do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com a participação de sociedade civil, segmentos profissionais e experts do mundo todo, a obra "Assistência ao parto normal: um guia prático", seguiu critérios estritos em sua construção, com predomínio de metanálises (ROCHA; NOVAES, 2010), como a coordenada pelo canadense Murray Enkin, que analisou mais de 40.000 estudos (DINIZ, 2005). Dentre os aspectos trazidos, o documento apresenta os critérios para classificar o parto dentro da normalidade, ou seja, estabelece a norma para que o parir possa ser denominado como "parto normal":

> Definimos parto normal como de início espontâneo e de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho ficam em boas condições (OMS, 1996, p. 4).

De modo didático, o Guia é subdividido em quatro categorias: "A: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas"; "B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas"; "C: práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deveriam ser usadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão"; "D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado" (OMS, 1996, p. 35-38). Este conjunto de classificações e ordenações, que detalha prescrições acerca dos modos "mais certos" de fazer, revelou-se como uma racionalização das formas de disciplinar e investir sobre os corpos das mulheres, como "um número de práticas mínimas consideradas indispensáveis para a produção de populações sadias" (RIFFEL, 2005, p. 33).

> A ênfase [...] na "medicina baseada em evidências" coloca-se através da racionalidade que permeia o deslocamento do humano para as práticas produzidas por estes humanos. Tal deslocamento confere uma cientificidade à "humanidade" e uma "humanidade" à cientificidade, sempre considerada oportuna quando se trata de "humano". A ênfase

> crescente na “medicina baseada em evidências” traz à tona a racionalidade científica que permeia o deslocamento da figura humana para as práticas produzidas por estas mesmas figuras, numa tentativa de retirar a humanidade de tais práticas a fim de dar-lhes a roupagem da cientificidade, sempre considerada inoportuna quando associada diretamente ao ser humano. O que quero dizer é que a ciência é pensada como conhecimento capturado no mundo e sistematizado pelo humano; algo já existente, cuja sistematização é feita através das escolhas entre bem e mal que precisam ser colocados à prova. Os resultados das múltiplas testagens de tais conhecimentos conferirão o estatuto de verdade para um dado conhecimento e, consequentemente, o estatuto de científico. É esta ciência que produz listas minuciosas de materiais, práticas e procedimentos como [...] a matemática da humanização, o acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido (RIFFEL, 2005, p. 45).

Este novo padrão discursivo coloca os holofotes sob a ciência que se revela como “a mais científica” e a que é socialmente mais proveitosa. Nestas orientações – que se configuram em um conjunto de regras a serem normatizadas – a mulher não figura somente como receptáculo do feto, mas como sujeito de direitos, que possui papel ativo sobre os processos decisórios acerca do seu corpo e de seu filho (DINIZ, 2001). Tal conjectura caracteriza um modo de “governar os indivíduos moldando, modulando e regulando o modo como eles entendem, representam e efetuam” suas ações (CARVALHO; LIMA, 2016, p. 802), uma vez que propõe aos profissionais de saúde uma reorganização de sua forma de atuação, abandonando o imperativo e se colocando em um papel auxiliar à mulher (BIONDI et al., 2018),

De modo a tornar as palavras contidas no “Assistência ao parto normal: um guia prático” em discursos, práticas, táticas e estratégias, o lançamento do guia foi sucedido por outra ação da Organização Mundial da Saúde: a escolha do tema central “Maternidade Segura” para o ano de 1998 (CASANOVA, 2000). Esta ação fomentou mundialmente a continuidade das discussões acerca das evidências científicas enquanto bases sólidas para a implementação de práticas assistenciais no parto, promovendo o esforço interinstitucional com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e infantil (PEREIRA, 2001). Como desdobramentos de todos estes investimentos maquínicos científico-discursivos, diversos países, dentre eles o Brasil, implementaram políticas e programas sob distintas denominações, mas que de modo uníssono, prescreviam e normatizavam condutas profissionais em relação ao ciclo gravídico-puerperal (RIFFEL, 2005).

4.3.10 Humanização, racionalidade e política pública[53]

O advento do século XXI traz uma transformação paradigmática no que se refere a humanização e seus rizomas. Não mais sob a premissa de ser um elemento discursivo importado da Organização Mundial da Saúde e outras entidades, os discursos sobre a humanização passam a englobar demandas advindas das características sociais brasileiras e se tornam uma estratégia política que não inclui apenas a interface profissional-paciente, mas sim, toda a maquinaria do sistema de saúde[54].

Tem-se como divisor de águas deste processo (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006) o lançamento do "Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento", instituído pelo Ministério da Saúde em 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000). Com o objetivo principal de "assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania" (BRASIL, 2000, p. 5), o programa possui como seu enfoque principal a mulher, dando ênfase a autonomia ao resgate da dignidade durante o ciclo gravídico-puerperal (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). Frisa-se que, mesmo compondo-se enquanto conjunto de normas, o programa se adjunta a discursos de fomento à autonomia feminina, associando dimensões possivelmente antagônicas. Entretanto Pinheiro e Medeiros (2013), ao discorrerem acerca das engrenagens desta maquinaria, afirmam que:

> [...] com a linha de raciocínio foucaultiana, o poder das normas médicas de influir sobre as ações, isto é, de fazer com que o indivíduo se volte sobre si mesmo em observância ao imperativo de saúde, reside no processo através do qual o indivíduo é, ao mesmo tempo, objetivado pelos discursos e práticas cientificas e se subjetiva segundo os parâmetros de sua condição de objeto. [...] Em outros termos, a prevalência das normas médicas sobre os comportamentos é subordinada à relação intrínseca entre subjetivação e objetivação, pois, de um lado, a experiência do indivíduo é abordada e manipulada por intervenções externas e, por outro, o indivíduo é quem se volta sobre si

[53] Este subcapítulo não focará nos aspectos relacionados a humanização enquanto política pública sob a perspectiva econômica e de financiamento dos serviços de saúde, da hierarquização e descentralização do SUS, do estabelecimento de metas quantitativas para os serviços, dentre as várias outras leituras possíveis sobre o assunto, compreendendo que, mesmo que de modo não explícito, este arcabouço de elementos compõe a humanização da assistência ao parto enquanto racionalidade política.

[54] A ampliação das táticas Governamentais para melhor alcançar os objetivos relacionados a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil e da redução da morbimortalidade deste público, diversas estratégias foram propostas, tais como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Programa Mãe Canguru, Prêmio Galba Araújo, dentre outros.

> mesmo, de maneira a alinhar-se aos parâmetros de cuidados com saúde (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013, p. 635).

Com a tônica da reorganização da assistência, por meio da relação interinstitucional de modo a vincular os momentos do pré-natal, parto e puerpério, incluindo a oferta de um conjunto mínimo de procedimentos de acompanhamento destas fases, o documento reforça o olhar aos direitos da mulher e para a integralidade da assistência (BRASIL, 2001). Esta maquinaria é proposta como parte de uma compreensão ampliada de humanização, enquanto constructo social que reflete papéis de gênero e os interesses sociais, políticos e econômicos acerca dos eventos que ocorrem nos – por meio dos – corpos femininos (DINIZ, 2005).

Tendo por norteador científico das ações assistências apresentadas no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático"[55], o "Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento" descreve que a humanização abarca dois aspectos fundamentais (BRASIL, 2000):

> O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000, p. 5-6).

Evocando o arcabouço discursivo da medicina baseada em evidências, o "Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento" foi complementado pelo manual técnico "Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher", que discorre detalhadamente acerca do emprego adequado e benéfico das práticas assistenciais, prescrevendo o modo como devem ser desenvolvidas as condutas técnicas e relacionais. No que tange os aspectos sociais e as relações interpessoais, o manual traz distintas expressões provocativas, que vão de encontro ao rotineiro modelo intervencionista e hierarquizado (BRASIL, 2001).

Dentre estes enunciados, destaca-se

> [...] que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001, p. 9).

[55] Documento explicitado no subcapítulo anterior.

> Os profissionais de saúde são, coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade (BRASIL, 2001, p. 9).
>
> A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. (BRASIL, 2001, p. 9).
>
> Os estudantes são treinados para adotar "práticas rotineiras", como numa linha de produção, sem a avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (BRASIL, 2001, p. 9-10).
>
> [...] algumas questões devem ser vistas como compromissos profissionais indispensáveis: estar sintonizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas, praticar uma medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento (BRASIL, 2001, p. 10).

Cabe destacar que o “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento” não preconiza abolir todas as intervenções, mas sim, prescreve a utilização de critério clínicos claros para que estas sejam utilizadas adequadamente na preservação da saúde da mulher e do feto. Ou seja, o programa não antevê uma “relação direta entre ‘humanização’ e parto normal” sem nenhuma intervenção, mas sim, busca inibir a rotinização de práticas inapropriadas durante a assistência (SANTOS, 2009, p. 18). Como afirma Ramos do Ó (2003, p. 34), este modo de gestão das condutas se efetiva por meio de um equilíbrio instável, considerando que “as soluções encontradas para um segmento da realidade tendem a se tornar dificuldades para outro”. Para o mesmo autor:

> “[...] o conhecimento acumulado sobre as coisas, as pessoas e os acontecimentos não evita, bem pelo contrário, que eles respondam de forma diferente da esperada. [...] A tese da imperfeição permanente justifica que a ação do poder se amplie (RAMOS DO Ó, 2003, p. 34).

Considera-se que o programa visa normatizar alguns aspectos, dentre eles a execução do pré-natal sob um número mínimo de consultas e com a obrigatoriedade de alguns procedimentos, a assistência ao parto com o emprego de algumas tecnologias de monitoramento e diagnósticas, além do estabelecimento de fluxos e itinerários terapêuticos que muitas vezes destoam

das necessidades e dos desejos das mulheres (ALMEIDA; TANAKA, 2009), forçando-as aos processos de esquadrinhamento. Santos (2009) problematiza que:

> Por mais que a obstetrícia baseada em evidências científicas – que é um dos parâmetros fundamentais do movimento pela "humanização" no parto – seja um questionamento na área da medicina, que abrange grande parte do segmento, existe ainda resistência em sua consolidação na prática obstétrica, como foi discutido acima. Isso porque é uma abordagem extremamente crítica, no sentido próprio da palavra, que vai às raízes da consolidação e legitimação da ciência obstétrica, questionando modelos tradicionalmente instituídos e aceitos, colocando em xeque a postura profissional e adquirindo até tom agressivo para alguns (SANTOS, 2009, p. 18).

Mesmo diante do desconforto de alguns seguimentos da área da saúde, o "Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento" acrescido do manual complementar, trouxeram subsídios discursivos aos movimentos sociais em prol do combate ao modelo intervencionista de assistência ao parto. Com a expansão da internet domiciliar no país, formam-se grupos como o "Amigas do Parto", "Parto do Princípio", "ANDO-Brasil" (Associação Nacional de Doulas), dentre outros, que por meio da troca de *e-mails*, fomentam as discussões, trocam relatos e dão voz às mulheres que pariram, muitas vezes emudecidas pelos traumas da assistência violenta (GIDDENS, 2002). A formação destas redes discursivas em meio ao tecido social auxiliou na divulgação das ações biopolíticas preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento", e atuou nos processos de subjetivação, colocando sob enfoque as verdades e os jogos de poder que se capilarizam nas práticas dos profissionais de saúde (CARNEIRO, 2015). Nesta perspectiva, Caser, Louzada e Silva (2015), destacam que:

> [...] a ação do Estado sobre as ações da população por intermédio de suas políticas, equipamentos e outras táticas, não apenas operam para mantê-las capturadas em suas redes forçosamente, mas as subjetivam de modo que desejem estar nessas redes. Produção de subjetividades moduladas aos seus princípios (CASER; LOUZADA; SILVA, 2015, p. 13).

Os discursos acerca da redução das práticas intervencionistas rotineiras e em prol da humanização da assistência que antes transitavam pela sociedade sob a perspectiva do combate à medicalização e patologização do parto, ganham agora status de estratégia governamental, acionando e realinhando engrenagens que não se limitaram a dimensão da parturição. Segundo Griboski

e Guilhem (2006), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento tornou-se o advento para que fosse possível amadurecer o diálogo acerca das condutas e procedimentos implementados pelos serviços de saúde de maneira ampliada.

Neste sentido, pode ser destacado o "Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar", que se transformou na "Política Nacional de Humanização", instituída no ano de 2003. Propondo um conjunto de ações integradas para melhorar a qualidade e a eficácia do padrão assistencial das instituições de saúde, este objetiva "aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade", valorizando a "dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde", e tornando as instituições hospitalares em "organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade" (BRASIL, 2003, p. 7).

Não mais sobre a égide de programa governamental, mas de política pública, a implementação das diretrizes políticas da humanização da assistência exigiu o aprimoramento das estratégias, de modo a responder as urgências que emergiram no processo de reformulação dos modelos assistência[56] (BRASIL, 2003). Na especificidade das ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal – foco deste estudo – foram complementadas por outros programas, políticas ou leis. Estas estratégias ditas humanizadas que foram instituídas gradativamente, reorganizaram muitas engrenagens dos serviços de saúde, interpelando a assistência ao parto por distintas faces, o que, como afirma Carvalho e Lima (2026, p. 803), deixa os indivíduos livres para adotarem a conduta que lhe parece

[56] O arcabouço conceitual e de diretrizes da Política Nacional de Humanização tornaram-se transversais nos demais programas, políticas, estratégias e ações governamentais com ênfases diversas. Muitas destas se relacionam com dimensões socais e de saúde das mulheres, fazendo com que, direta ou indiretamente, influenciem nos modos como a parturição é efetivada. Neste sentido, podem ser destacadas a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, de 2009; a Política Nacional para a População em Situação de Rua, de 2009; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2009; as Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, de 2010; a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, de 2012; a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2013; a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, de 2013; a Política Nacional de Segurança do Paciente, de 2013; a Política Nacional de Atenção Hospitalar, de 2013; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, de 2014; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, dentre outras.

mais apropriada, porém "'a arquitetura da escolha' faz com que a boa escolha - na acepção desses arquitetos – seja a escolha mais fácil".

Neste sentido, no ano seguinte a instituição da "Política Nacional de Humanização", foi firmado o "Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal", que através da perspectiva da humanização, enfocou na promoção dos direitos das mulheres e das crianças sob a perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2004a). Ainda em 2004, o Ministério da Saúde editou o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher", transformando-o em "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher", adequando os planos de ação às necessidades de saúde presentes naquele momento social, à luz dos princípios da humanização e do arcabouço de verdades científicas trazidas pela medicina baseada em evidências. Dentre os várias dimensões da díade saúde-doença ampliadas ou acrescentadas na nova versão da estratégia governamental, destaca-se o fomento das articulações entre os vários níveis de complexidade das instituições de saúde e a busca pela não segmentação do ciclo vital feminino em fases delimitadas por necessidades específicas de saúde, aspectos estes que se refletiram sobre a dimensão do pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2004b).

No ano de 2005, outras duas ações governamentais tornam-se importantes no fomento da propagação discursiva relativa aos princípios da humanização em meio a sociedade e aos serviços de saúde, articulando aspectos jurídicos e de saúde. O primeiro deles se refere ao "Plano Nacional de Política para as Mulheres", sob a tônica da autonomia feminina, a equidade e o respeito as diversidades culturais e de gênero (BRASIL, 2005a), contrapondo-se a despersonificação dos sujeitos e ao esquadrinhamento em massa.

O segundo aspecto compreende a Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito da permanência de um acompanhante de sua escolha ao longo de todo o processo parturitivo (BRASIL, 2005b). A Portaria 2418, de 02 de dezembro de 2005, regulamenta a referida Lei, trazendo argumentos de que a presença do acompanhante é endossada pela medicina baseada em evidências e que "reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e se constitui em apoio para amamentação" (BRASIL, 2005c, p. 1). Cabe destacar que a Lei 11.108 descreve que os serviços de saúde "ficam obrigados

a permitir a presença", deixando como facultativa a mulher a efetivação ou não deste direito (BRASIL, 2005b, p. 1), ou seja, enquanto lei – a exemplo das demais que se seguiram – ela referenda um "contrato social firmado entre os membros da coletividade" (RAUTER, 2003, p. 28). Tal engendramento implica na "concepção de que os homens têm esta capacidade racional de decidir sobreseus atos", responsabilizando-se por eles (RAUTER, 2003, p. 28).

Em 2006 é realizada a primeira "Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária". Tendo como base as taxas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde referente ao número de cesáreas, que poderia representar até 15% do número total de partos, e sob a argumentação de que nos serviços públicos as taxas de cesáreas eram de 30%, e nos serviços de saúde suplementar esse percentual era de 80%, a campanha visava reduzir a crescente prática de cesáreas agendadas e sem indicação clínica (BRASIL, 2012). O uso destas métricas visam atenuar a proporções de intervenções que "[...] em vez de instaurar uma divisão binária entre permitido e o proibido, vai-se fixar de um lado uma média considerada ótima e, depois, estabelecer os limites do aceitável, além dos quais a coisa não deve ir" (FOUCAULT, 2008a, p. 09).

Ainda no ano de 2006, foi publicado o manual técnico "Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada", buscando reorganizar as ações voltadas aos momentos de pré e pós-parto sob a perspectiva da humanização, ampliando e qualificando os serviços e fomentando a normatização de práticas de acompanhamento e as ações educativas às mulheres (BRASIL, 2006). O último aspecto citado exorta a subjetivação que, para Larrosa (1994), focaliza na captura do sujeito por meio de discursos pedagógicos e práticas institucionalizadas que entrecruzam saberes científicos, singularidades e demanda do indivíduo, acionando mecanismos autorregulatórios e auto vigilantes.

Outra lei voltada a não segmentação da assistência prestada às mulheres foi publicada em 2007, reforçando a ideia de aproximação entre pré-natal, parto e puerpério proposta pelo Programa de Humanização no Pré-natal eNascimento. Sob o número 11.634/2007, esta Lei traz às gestantes o direito de conhecer e se vincular à instituição da qual receberá assistência durante o parto,ainda durante o pré-natal (BRASIL, 2007). Sua executabilidade provém da

adesão das mulheres ao pré-natal, tornando-se uma estratégia de persuasão a este acompanhamento, o que lhes conferiria o direito de conhecer a maternidade que lhe ofertará suporte durante o partejar.

Já em 2011 foi instituída a “Rede Cegonha”, através da portaria nº 1.459. Esta estratégia governamental clarifica o papel de cada um dos elementos que compõe a Rede de Atenção à Saúde na especificidade do ciclo gravídico-puerperal e reafirma a não patologização da gravidez e do parto. O detalhamento das ações e inter-relações esperadas no desenvolvimento das práticas dos serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde torna-se um avanço para a implementação correta, qualificada e atempadamente da assistência ao ciclo gravídico-puerperal (lazza), pois, como afirmam Maia e Osorio, 2004):

> Diversas características do processo de trabalho [...] são compartilhadas por todos os participantes da rede de cuidados, fazendo com que haja muita variabilidade nas formas de entendimento de "como deve ser feito" o trabalho, formas estas que nem sempre se harmonizam na coexistência de inúmeros protocolos, nem sempre úteis (MAIA; OSORIO, 2004, p. 74).

Tendo como princípios o respeito a diversidade cultural, racial e étnica, as diferenças regionais, a defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos, a equidade e a universalidade. Não somente, coloca a qualificação profissional para o atendimento humanizado como uma de suas metas, e amplia a visão acerca dos ambientes adequados para assistência às parturientes, fomentando a criação de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, vinculada as instituições de maior complexidade assistencial (BRASIL, 2011).

A “Rede Cegonha” desencadeou interpretações antagônicas. Entre os movimentos feministas, este programa foi compreendido como um retrocesso, por focar unicamente da mulher como reprodutora (CARNEIRO, 2013), porém dessexualizada (DINIZ, 2012). Estes movimentos sociais destacam também que a “Rede Cegonha” desconsiderava questões relacionadas ao aborto e a maternidade enquanto escolha, fragilizando a visão ampliada da mulher em todo o seu ciclo vital apregoada pela “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (CARNEIRO, 2013), dando ênfase unicamente a saúde e proteção do concepto (DINIZ, 2012). Não obstante, para Ceccim e Cavalcanti (2011), o enfoque dado pelo programa às necessidades da mulher durante a gravidez e o parto deve ser compreendido mediante a multidimensionalidade dos papeis femininos na sociedade e que, por isso, urge um cuidado organizado, qualificado

e específico para que as mesmas vivenciem este momento com saúde e segurança, sem prejuízos em nenhuma dimensão de suas vidas. Sob esta perspectiva, estudo de 2018 revela que a “Rede Cegonha” apresentou resultados promissores na redução das intervenções desnecessárias e no estabelecimento de boas práticas (LEAL, 2018).

Em 2012 o tema “Violência Obstétrica”, já bastante presente nos estudos científicos brasileiros e entre os grupos e movimentos sociais, ganha um reforço discursivo, com o “Dossiê ‘Parirás com dor’”, apresentado pela Rede Parto do Princípio à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a Mulher, do Congresso Nacional. Relevando que estas ações podem ser cometidas por diferentes agentes e não somente pelos profissionais que provem a assistência direta ao parto, este dossiê subdivide as práticas de violência em física, psicológica, sexual, institucional, material e midiática (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012):

> **Caráter físico:** ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).
>
> **Caráter psicológico:** toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).
>
> **Caráter sexual:** toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).
>
> **Caráter institucional:** ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de

> fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60-61).
>
> **Caráter material:** ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 61).
>
> **Caráter midiático:** são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente;apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 61).

O detalhamento apresentado pela Rede Parto do Princípio foi sucedido por outros documentos que corroboram com a caracterização da violência obstétrica, sobretudo a respeito das práticas intervencionistas enquanto ato violento. Neste sentido, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, apoiando-se em conceitos de outros países latino-americanos, pormenorizou que a violência obstétrica pode ser caracterizar por “negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal”, realizar “comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc”, bem como, “ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família”. Além disso, o documento expõe que violência obstétrica também pode seefetivar por meio do neglicenciamento do “atendimento de qualidade”, ou pelo agendamento de cesáreas “sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo aos interesses e conveniência do médico” (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p.01).

Alguns anos mais tarde, voltando-se para o fomento das práticas adequadas ao parto, a “Rede Cegonha” em conjunto a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) publicaram dois relatórios de recomendações, atualizando as normas acerca das práticas assistenciais

voltadas ao parto, tendo por base evidências científicas mais recentes (CONITEC, 2017). O primeiro refere-se as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana”, publicado no ano de 2015 (CONITEC, 2015). Já o segundo, “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, foi publicado no ano de 2017. Em ambos são reforçadas as concepções acerca da despatologização do parto, da participação e autonomia feminina, do respeito às diversidades e os princípios da integralidade, universalidade e equidade (CONITEC, 2017).

Também em 2017 foi lançado o projeto Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Fruto da parceria entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e outras instituições, o projeto visa qualificar o ensino e a assistência em diferentes dimensões do ciclo vital da mulher, incluindo o planejamento reprodutivo, atenção as situações de abortamento e violência, bem como ao parto e nascimento. Com forte ênfase sobre a dimensão da formação de profissionais, o Apice On foi desenvolvido em 97 hospitais que compõe a Rede do SUS espalhados por todo o território nacional, com vistas a qualificação do ensino da obstetrícia e neonatologia, sob a perspectiva das evidências científicas que dão suporte as práticas humanizadas. Este enfoque no ensino objetiva qualificar a curto, médio e longo prazo, as práticas assistenciais voltadas ao parto (BRASIL, 2017).

> O projeto Apice On é constituído por uma rede de hospitais com atividades de ensino de todos os estados brasileiros. O objetivo é disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto a estas instituições, porque se apresentam como espaços definidores do modo como se consolida o aprendizado de práticas e a incorporação de modelos assistenciais. Por isto, se constituem em espaços preponderantes na formação dos novos profissionais, que tendem a replicar o que viram fazer e o que fizeram no ambiente de formação, especialmente na modalidade residência (BRASIL, 2017, p, 7)

Mais recentemente, entre os anos de 2018 e 2019, as ações antagônicas a proposta de humanização novamente ganharam espaço nas discussões. A violência obstétrica permaneceu sendo um tema de grande destaque na pesquisa nacional e internacional (JARDIM; MODENA, 2018), e de uso frequente na fala de profissionais de saúde, mulheres e sociedade civil (BRASIL, 2019). O que reacendeu as discussões acerca do uso desta terminologia foi o Parecer no 32/2018, Conselho Federal de Medicina (CFM) do Distrito Federal. Argumentando que este termo possui caráter pejorativo, que é acionado para

fins político-ideológicos e que interfere negativamente na relação profissional-paciente, o parecer conclui que (CFM, 2018):

> a expressão “violência obstétrica” se posiciona como uma agressão contra a especialidade médica de ginecologia e obstetrícia, contra o conhecimento científico e, por conseguinte, contra a mulher na sociedade, a qual necessita de segurança e qualidade de assistência médica (CFM, 2018, p. 12).

Este parecer foi endossado pelo Despacho 03 de maio de 2019, do Ministério da Saúde. Problematizando acerca da intencionalidade de dano causado no outro, explicitada pelo termo violência, o Despacho salienta que há uma impropriedade no uso deste vocábulo, que traz uma “conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério” (BRASIL, 2019, p. 1). O mesmo afirma que “estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada” (BRASIL, 2019, p. 1).

Este posicionamento do Ministério da Saúde levou a manifestação de diferentes entidades que atuam no combate das práticas que caracterizam a violência obstétrica. Sete dias pós o Despacho, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – REHUNA, publicou a Nota Técnica nº1/2019, denunciando que o documento ministerial (REHUNA, 2019):

> [...] não é uma norma, uma portaria, uma resolução e nem mesmo uma recomendação. Em verdade, e um documento inócuo, pois não tem poder de coibir o uso da expressão ‘Violência Obstétrica’ nem mesmo no âmbito interno do Ministério da Saúde (REHUNA, 2019, p. 2).

Não somente, foi acrescentado ao documento distintas fontes bibliográficas científicas mundialmente relevantes, e documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde, Ministério Público Federal, Supremo Tribunal Federal e Superior Tribunal de Justiça, que embasam o uso do termo violência obstétrica, e o detalham enquanto forma de violência contra a mulher. A Nota Técnica nº1/2019, ainda contesta que a proibição do uso do termo teria efeito inibidor na produção de conhecimento científico, nas ações de educação em saúde e na clarificação de práticas inadequadas em meio ao cotidiano das instituições de saúde. Por fim, afirma que (REHUNA, 2019):

> É inegável a existência de violência na atenção obstétrica e que o uso da expressão já foi incorporado pela sociedade civil e pelas instituições, conforme demonstrado no histórico acima. Se a expressão reflete a realidade dos serviços de assistência, que se mudem os serviços de assistência, e não que se busque abolir a expressão (REHUNA, 2019, p. 4).

Diante do posicionamento do Ministério da Saúde supracitado, o Ministério Público Federal também interpelou alguns pontos importantes do despacho, concluindo que a interpretação dada ao termo violência obstétrica está “flagrantemente distorcida e equivocada, pois, a OMS não exige, para a caracterização de violência, a intenção deliberada de causar dano por parte do profissional, mas somente o uso intencional da forca ou poder no ato perpetrado” (MPF, 2019, p. 4). O Ministério Público Federal destaca, ainda, que o entendimento do Ministério da Saúde ignora a possibilidade da existência de dolo eventual – em que o profissional assume o risco de provocar algum prejuízo ao paciente por realizar alguma ação que lhe parece adequada – e está desalinhada com a OMS, que é a maior entidade mundial de saúde, e que reconhece a existência de práticas de maus tratos e violência sob diversas formas (MPF, 2019). Cabe destacar estes últimos posicionamentos revelam o quando as relações de poder ainda estão imbricadas na maquinaria de combate ou perpetuação das práticas intervencionistas e da implementação das práticas humanizadas, tornando-as parte das racionalidades vigentes.

O último ato desta historiografia da parturição, que é também a historicidade da racionalidade política da assistência ao parto, ocorreu em julho de 2020, com o encerramento do Projeto Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, pelo governo federal. Ao ser finalizado, este projeto deixa como legado os avanços na qualificação do ensino e da assistência nas áreas da obstetrícia e neonatologia. Entretanto, também pode ser compreendido como um retrocesso que pode impedir a perpetuação da visão ampliada do ciclo vital feminino nas estratégias governamentais.

4.4 AS RACIONALIDADES POLÍTICAS E SUA INTERFACE COM A ASSISTÊNCIA AO PARTO: DISCURSOS E OUTRAS MAQUINARIAS

Hoje você é quem manda. Falou, tá falado, não tem discussão
A minha gente hoje anda falando de lado e olhando pro chão, viu
Você que inventou esse estado e inventou de inventar toda a escuridão
Você que inventou o pecado, esqueceu-se de inventar o perdão
...

Imergir na historicidade que compôs as formas como a assistência ao parto são efetivadas atualmente, revela mais do que “práticas historicamente analisáveis” (FOUCAULT, 2013b, p. 275). Por meio da narrativa histórica, torna-se possível apreender discursos que delimitam os domínios de saber e os fios condutores que os sustentam, organizam, classificam, definem, redefinem, alinham e opõe práticas e conceitos na assistência ao parto. Estas engrenagens se revelam em estratégias que designam papéis e atuações sociais entre os sujeitos presentes no parto – mulheres, famílias e profissionais de saúde – dispostos e alinhados de maneira planejada (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

As múltiplas convergências e divergências de saberes, verdades e práticas abordadas no capítulo anterior, que engendraram ações “de resistência contra as diferentes formas de poder como um ponto de partida”, estabelecendo o “antagonismo das estratégias”, alocados em meio a “relações de produção e de significação, [e] em relações de poder muito complexas”, só foram possíveis por meio dos discursos (FOUCAULT, 2013a, p. 234). Como afirma Foucault (2009), as reconfigurações de trajetórias têm por estrutura as malhas do discurso, que levam o sujeito a agir, calar, falar e ver o mundo, alterando inclusive as posições ocupadas por ele em meio as dinâmicas sociais. Assim, compreendendo a potência das estratégias discursivas no exercício do poder, da resistência e da contraconduta, e o caráter de verdade e cientificidade do qual estas práticas se revestem, cabe distinguir a ciência e o discurso da ciência, enquanto elementos sociais e maquínicos presentes no contexto estudado (LEBRUN, 2004):

> Queremos designar com este termo “discurso”, o que organiza o laço social uma vez que a ciência adquiriu desenvolvimentos tais que modificou a legitimidade da autoridade do mestre. Insistamos que não se trata, aqui, de confundir a ciência, as ciências, o científico e o discurso da ciência. É preciso, com efeito, claramente diferenciar a ciência como procedimento de conhecimento e discurso da ciência como laço social inaugurado pela existência desse tipo de conhecimento, inclusive a forma pela qual ele se adquire e é adquirido (LEBRUN, 2004, p. 53-54).

A ciência e suas verdades discursivas adentram um campo de disputas e de enfrentamentos contra outras ciências e outras verdades, compondo um confronto discursivo volátil, que visa instaurar um modelo de assistência pautado

em conceitos muitas vezes abstratos, e em operativos mutáveis a cada interação – relação de poder – efetivada no momento da parturição (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020), pois, “cada parto é um parto” (FREITAS et al, 2017, p. 27). Essa vicissitude de práticas e discursos sobre a assistência ao parto, muitas vezes antagônicos (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020), provém da existência de condições que viabilizam o prelúdio de verdades e de suas estratégias, instaurando, concomitantemente, regramentos e normatizações para seu advento (FOUCAULT, 2012b).

O conjunto de discursos, verdades científicas, regramentos e normatizações delinearam constructos bem delimitados de concepções e práticas e permitiram a construção do que contemporaneamente pode ser compreendido como um modelo[57] (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Como afirma Paim (2001):

> Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma “razão de ser” – uma racionalidade. É uma espécie de “lógica” que orienta a ação. “Modelo de atenção à saúde” ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar “técnicas e tecnologias” para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os “meios de trabalho” (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os “meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde” individuais e/ou coletivo. Corresponde à “dimensão técnica” das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelos de intervenção em saúde) (PAIM, 2001, p.7-8).

A concepção de modelo revela a “convergência de horizontes entre os diversos discursos” (AYRES, p. 12), que acionam desde os papéis de gênero exercidos pelos indivíduos, até a prescrição de procedimentos, condutas e atribuições (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020), o que inclui as pedagogias, estratégias, táticas e outros acontecimentos discursivos implementados no funcionamento destas engrenagens. Não somente, pode-se compreender que os modelos de assistência à saúde, à exemplo das racionalidades, compõem “lógicas singulares de práticas institucionais” historicamente construídas (FREIRE, 2019, p. 199) orientadas a um determinado fim e inscritas no interior de relações (DEAN, 1994).

[57] Neste estudo o termo modelo será utilizado como sinônimo de modelo de assistência à saúde e modelo de assistência ao parto.

Diante disso, infere-se que os saberes, verdades, lógicas, inteligibilidades e práticas que constituem os modelos de assistência à saúde, advém das racionalidades políticas. Em outras palavras, os modelos de assistência ao parto são composições operativas que resultam das racionalidades políticas, prescrevendo, programando, organizando, orientando e conduzindo as condutas por meio de formas complexas, rizomáticas e específicas de poder, sempre alinhadas e guiadas por uma lógica maior – uma racionalidade política.

Como afirma Foucault (2008b, p. 424), o mundo moderno está preenchido por uma "série de racionalidades governamentais que se acavalam, se apoiam, se contestam, [e] se combatem reciprocamente". Por serem plurais, as racionalidades políticas se traduzem em mais de um modelo de assistência à saúde e ao parto. Baseado nesta asserção, vislumbra-se na aquiescência da literatura nacional e internacional, a existência contemporânea de três modelos – paradigmas – concernentes a assistência ao parto (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020), descritos pela antropóloga estadunidense Robbie Davis-Floyd (2001): o modelo tecnocrático, o modelo humanizado e o modelo holístico[58].

Segundo o esquema conceitual de Davis-Floyd (2001), estes modelos coexistem e em muitos momentos acionam os mesmos elementos discursivos, porém em contextos e perspectivas diferentes. Estes são transpassados por outras racionalidades, como a econômica – neoliberal, de gênero – patriarcado, feminismo, dentre outros, que adentram as engrenagens e os processos subjetivadores associados aos modelos assistenciais (DAVIS-FLOYD, 2001). Além disso, pode-se considerar que, à exemplo das racionalidades políticas que os tecem, compõe e sustentam, os modelos de assistência ao parto são frutos das transformações sociais, científicas e operacionais nos modos de pensar e praticar o partejar, que foram idealizados e efetivados ao longo do tempo, por meio de emaranhados complexos capilarizados através dos discursos.

Diante do exposto, este subcapítulo abordará os arranjos e discursos referentes aos modelos de assistência ao parto enquanto operativos advindos

[58] O modelo holístico preconiza a integralidade e organicidade existente entra unicidade corpo, mente e espírito; o uso de terapias alternativas e complementares que visam a homeostase energéticas dos indivíduos (como o Reiki, acupuntura, homeopatia, imposição de mãos, dentre outros); a individualização dos cuidados; o cliente – não mais paciente – como detentor de todos os processos decisórios acerca da sua terapêutica; a morte como parte do processo cíclico; dentre outros aspectos (DAVIS-FLOYD, 2001).

das racionalidades políticas. Cabe a ressalva de que a análise proposta não visa equiparar racionalidade política com modelo de assistência ao parto, uma vez que as racionalidades são engendramentos muito mais complexos e amplos, mas sim, inferir que o arcabouço de verdades e discursos que são sustentados e sustentáculo das racionalidades políticas se traduzem também nos modelos de assistência ao parto, permitindo que eles emerjam enquanto maquinaria da assistência ao parto. Destaca-se, ainda, que esta perspectiva analítica acerca do contexto a ser estudado é apenas uma das possíveis leituras a respeito das engrenagens que coexistem, se repelem e se complementam durante o exercício do governamento do parto e que, por isso, não ambiciona esgotar esta análise, mas sim, ampliar as discussões acerca da parturição à luz das teorizações Foucaultianas.

Mesmo considerando as influências de diversas maquinarias do poder na subjetivação social acerca do modelo "ideal" de assistência ao parto, bem como, a importância do sistema suplementar de saúde, este subcapítulo não dará ênfase ao modelo holístico, compreendendo que o mesmo não corresponde as vivências assistenciais cotidianas das instituições participantes deste estudo, bem como, a realidade do SUS no território nacional. Desta forma, nos subcapítulos abaixo serão melhor abordados o modelo tecnocrático e o modelo humanizado, inter-relacionando-os as estratégias discursivas que movem suas engrenagens.

4.4.1 O Modelo Tecnocrático de assistência ao parto

Segundo o esquema conceitual de Davis-Floyd (2001), o modelo tecnocrático de assistência ao parto se caracteriza por 12 preceitos/concepções/verdades que, mesmo que possam ser didaticamente separados, se entrelaçam e se fundem durante a efetivação do partejar. A primeira característica corresponde a separação mente-corpo, responsável por dicotomizar a dimensão orgânica do parto e a dimensão sociocultural (DAVIS-FLOYD, 2001).

O preceito seguinte refere-se ao corpo como máquina, naturalmente defeituosa, e que necessita de múltiplos ajustes para que tenha um funcionamento minimamente adequado. O terceiro preceito revela a visualização do paciente enquanto objeto a ser manipulado, nominado por seus defeitos –

patologias – e a mercê das intervenções. A quarta característica é a alienação profissional, que prescreve a necessidade do afastamento entre profissional-paciente, o estabelecimento de relações puramente técnicas e o não envolvimento emocional entre ambos (DAVIS-FLOYD, 2001).

A quinta concepção é referente ao diagnóstico e tratamento de fora para dentro, que desconsidera as percepções da mulher acerca do seu corpo e suas necessidades. O sexto aspecto é a organização hierárquica, que predefine posições dos indivíduos durante as relações interpessoais, sustentadas pelos saberes e verdades. O sétimo caracteriza-se pela padronização de cuidados, o que permite a rotineirizar ações e intervenções, mesmo sem a existência de critérios clínicos (DAVIS-FLOYD, 2001).

Na oitava característica é descrita que a autoridade e a responsabilidade são exclusivamente do profissional, e não partilhada com a parturiente e que, por isso, a mulher não é participe dos processos de escolha referentes ao seu corpo e seu parto. O nono refere-se à valorização excessiva da ciência e a das tecnologias em detrimento das reações humanas, onde o parto com mais intervenções e tecnologias é considerado o parto mais adequado. O décimo aspecto corresponde às intervenções agressivas com ênfases aos resultados em curto prazo, buscando a contínua da natureza defeituosa do parir (DAVIS-FLOYD, 2001).

O décimo primeiro elenca a morte como um fracasso, o que justifica o excesso de intervenções enquanto práticas que visam a segurança, na busca pelo estabelecimento de métodos mais controlados e desfechos melhor delimitados. Já o décimo segundo aspecto corresponde a hegemonia técnico-médica, composto pela intolerância com outros modelos de assistência, e ao desenvolvimento de um sistema guiado pelo lucro (DAVIS-FLOYD, 2001).

Ao aprofundarem seus estudos sobre a produção científica brasileira acerca da assistência ao parto, autores acrescentam ainda que o modelo tecnocrático efetivado no país tem forte viés de gênero, demarcando os processos de sujeição e submissão das mulheres ao saber masculino e as perspectivas do patriarcado (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). O somatório destas características biomédicas, cartesianas, despersonalizantes, distanciadoras, de conhecimentos compartimentado e especializado (DAVIS-FLOYD, 2001), podem ser compreendidas como consequência da

medicalização da vida e do assujeitamento diante dos imperativos das verdades científicas médicas, partindo do pressuposto de que “a medicina se impõe aos indivíduos, doentes ou não, como ato de autoridade” (FOUCAULT, 2010e, p. 180).

Ao mesmo tempo em que se revelam enquanto imperativo, o saber-poder biomédico acaba por dirimir a possibilidade de questionamentos e contestações, estabelecendo estratégias bem delimitadas de disciplinamento e normalização, acompanhados das práticas de subjetivação e assujeitamento (VELEDA, 2015). Não somente, origina uma maquinaria que faz o processo parturitivoassemelhar-se a uma prática fabril, instaurando a “obstetrícia de linha de montagem” (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 83).

Um levantamento feito em teses e dissertações brasileiras revela que o modelo tecnocrático de assistência ao parto aparece com diferentes denominações na literatura:

> [...] “paradigma tecnocrático invasivo”, “modelo hospitalar tecnocrático”, “modelo médico de dominação do parto”, “paradigma de atenção ao parto fundamentalmente intervencionista”, “atual modelo de assistência ao parto, tecnológico e centrado no médico”, “modelo médico, patriarcal e centralizador”, “modelo tecnológico de nascimento”, “modelo medicalizado de assistência”, “modelo intervencionista no parto”, “modelo médico de assistência”, “paradigma corpo-máquina de base científico-racionalista”, “modelo médico de dominação do parto”, “modelo masculino de cuidado”, “modelo hegemônico”, “modelo biomédico”, “modelo técnico atual”, “modelo do parto como evento de risco”, “modelo de prevenção do parto”, “modelo preventivo da distócia”, “modelo dogmático de antecipação e prevenção do desastre”, “modelo atual do risco sexual-reprodutivo no parto”, “modelo da fisiologia patológica” ou “modelo tecnocrático” (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020, p. 490).

Todas estas denominações correspondem a efetivação de maneiras específicas de conduzir as condutas das parturientes e dos profissionais de saúde e, a exemplo das práticas disciplinares, só são possíveis em virtude da vigilância contínua, dos registros dos eventos e práticas, e do controle de todas as nuances deste processo e não somente do resultado (FOUCAULT, 2008c). Neste processo, são acionadas diferentes estratégias discursivas que, de modo rizomático, estabelecem uma rede de significados e verdades que são capilarizados em sociedade através de distintos dispositivos.

Nos discursos de fomento e perpetuação do modelo tecnocrático de assistência ao parto, tem-se a hierarquização dos saberes. Este caracteriza-se pela opressão dos saberes populares e pela hipervalorização do conhecimento

científico, tido como verdade irrefutável, e das ações que envolvem a utilização de tecnologias tidas como modernas, mesmo que ambos já sejam obsoletos (PIMENTEL, et al., 2014).

Munidos das palavras que correspondem a verdade, os profissionais de saúde passam a fazer uso de estratégias discursivas que evocam a dimensão da segurança – tão necessária para o governamento das populações, como revela Foucault (2008a). A primeira delas se refere ao medo e a insegurança, denominada por Diniz (2009, p. 313), de “pessimização do parto”.

Esta estratégia discursiva baseia-se nas concepções de que o corpo é biologicamente vulnerável (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013), e incapaz de propiciar uma parturição segura sem a necessidade de intervenções (MARTINS, 2004). Em seu acionamento, os discursos que geram insegurança exigem atos de confissão das mulheres, que se revelam em exames, observações, interrogatórios e entrevistas (FOUCAULT, 2008c), compondo uma série de verdades sobre o sujeito, que são contrastadas com valores e cálculos referentes a fatores de risco (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013). Por fim, a estatística mascarada pela neutralidade dos números (FOUCAULT, 2010d; FOUCAULT, 2012b), traz o veredito final que causa insegurança e elenca o medo como um sentimento indispensável, endossando a necessidade das intervenções.

Neste contexto, o sentimento de medo não está atrelado unicamente ao aspecto do desfecho relacionado a parturição. Este inclui o medo da dor do trabalho de parto, relacionando-o com o tempo que ele pode perdurar, bem como, o medo de fracassar enquanto mulher, por não ser capaz levar parto a um desfecho positivo sem auxílio de práticas intervencionistas (REGIS, 2016). Cabe relembrar que no modelo assistencial em questão, a dicotomia corpo-mente antevê a desvalorização dos aspectos psicológicos e emocionais das parturientes (DAVIS-FLOYD, 2001).

Assim sendo, o acionamento de sentimentos como a insegurança e o medo visam unicamente subjetivar as mulheres de que as intervenções são mecanismos que recobrarão a segurança. Como afirma Galindo et al. (2017, p. 6), “na gestão da insegurança, a prevenção tem se tornado um elemento cada vez mais presente no cotidiano das pessoas devido, principalmente, por possibilitar a medicalização do inexistente”.

Alguns enunciados passam a ser recorrentes neste processo, avalizado pela verdade e julgamento do *expert* – o profissional de saúde – e são acionados por diferentes fontes, sempre que for necessário subjetivar em favor das intervenções (CHACAM, 2012). Oliveira (2016, p. 24) destaca que frases como o "bebê é muito grande para nascer de parto normal", "a circular de cordão pode sufocar o seu bebê" ou "parto normal é muito doloroso", tornam-se ainda mais potentes durante a sinais do trabalho de parto, como a contração e a dilatação do colo uterino, pois a dor propiciada por estes eventos fisiológicos é interpretada como a indicação que algo precisa ser "corrigido".

O caráter amedrontador e preucacionário (CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007) deliberadamente acionado, se alia a uma segunda dimensão basilar do disciplinamento e condução das condutas: o tempo (FOUCAULT, 2006c). Como afirma Osava (1997):

> No hospital, o aparelho reprodutivo da mulher é tratado como uma máquina de nascimento, conduzida por habilidosos técnicos, dentro de parâmetros de tempo inflexíveis. A cérvix uterina é avaliada em intervalos regulares, pelo menos a cada duas horas, e algumas vezes, mais amiúde. Se a dilatação não progride em conformidade com determinados parâmetros de tempos, um soro com ocitocina é instalado porque a máquina está defeituosa [...] (OSAVA, 1997, p. 58).

O trabalho de parto esquadrinhado e subdividido em fases detalhadamente cronometradas e vigiadas, subsidia o profissional de saúde que, à luz da norma, medicaliza e intervém em tudo que sai do cronograma – e causa insegurança. O engessamento das métricas temporais do parto não se limita ao saber-fazer singular dos profissionais, mas baseia-se em padrões que deram origem a instrumentos como o partograma (MELO, 2017). O partograma consiste em uma representação gráfica da evolução do trabalho de parto, tendo como variáveis a dilatação cervical, descida da apresentação fetal, batimentos cardiofetais, dinâmica uterina e resposta às intervenções, em relação ao tempo transcorrido (ROCHA, et al., 2009).

Todavia, a tríade parto-tempo-intervenção não se limita a progressão do parto, mas tem início muito antes. Ao ser iniciado o pré-natal as métricas temporais são utilizadas em distintas táticas, delimitando normas de duração gestacional segura, que deve ser concluída impreterivelmente entre 38 e 42 semanas, a subdivisão deste processo em ciclos trimestrais (MELO, 2017). Esta organização temporal caracteriza uma espécie de triagem, onde uma série de

critérios são constantemente monitorados e avaliados em relação aos padrões fisiológico-temporais, o que pode justificar desde esse período a necessidade de intervenções no parto (REGIS, 2016).

Outro elemento elencado durante o pré-natal que traz desfechos na relação parto-tempo-intervenção, é a data provável do parto. Ao mesmo tempo que a data provável do parto e seus vieses de dias para mais e para menos traz uma tônica de conduta que pode ser expectante, ela também pode funcionar como uma fronteira entre a ordem e o caos (MELO, 2017), criando regimes antecipatórios pautados em futuros imaginados (SÄNGER, 2014) e, consequentemente, embasando as práticas intervencionistas “para não passar da hora” (MELO, 2017, p. 102).

Caughey et al. (2014), revelam que uma das distócias que é diagnosticada com mais frequência corresponde a parada da progressão, em que o elemento cronológico torna-se a variável preponderante para a instauração de intervenções. Ao se intervir buscando corrigir a “falha” desde processo biomecânico temporalizado – reestabelecer a segurança – tem início um efeito cascata, exigindo a adoção de novas intervenções para corrigir os efeitosnocivos trazidos pelas antecessoras, que posteriormente geram outrascomplicações, terminando, em muitos momentos, em uma intervenção final, quehabitualmente corresponde a uma cesárea (FOGAÇA et al., 2007).

O acionamento da insegurança e do medo, em uma composição com tempo, não são dissociados de um contexto ou local. Neste sentido, as normas sociais e a composição do sistema de saúde permitem que todas estas táticas sejam viváveis e potentes dentro das instituições de saúde, em especial no interior dos hospitais. Como revela o subcapítulo anterior, a ocorrência do parto intra hospitalar é um processo histórico que subjetivou a sociedade tão fortemente que, mesmo não existindo uma legislação que torne obrigatória a parturição nestas instituições, habitualmente não se vislumbram ambientes e condições que viabilizem sua ocorrência fora destes espaços. Para além, a instituição hospitalar que recusar assistência a uma parturiente sofre penalidades jurídicas e sociais, sob o argumento de ter colocado a vida da mulher e do bebê em risco (RIFFEL, 2005), visto que este é o local certo para operar sobre os corpos (FOUCAULT, 2011b).

Diante deste cenário em que a segurança passa a ser modulada como forma de condução das condutas (FOUCAULT, 2008a), em maquinarias que usufruem de múltiplos discursos conectados a contextos, locais e temporalidades, múltiplas práticas e intervenções são efetivadas sob a égide do caráter precaucionário. Neste sentido, distintos estudos realizados em diferentes anos revelam a ocorrência rotineira de práticas e intervenções, tais como o posicionamento obrigatório da mulher em litotomia, a administração de ocitocina, o procedimento da episiotomia (CARVALHO et al, 2012; SANTOS et al, 2012; ANDRADE, et al., 2016; PEREIRA, et al., 2019), a restrição da mulher ao leito, a restrição alimentar (CARVALHO et al, 2012; SANTOS et al, 2012), os esforços em puxos conduzidos (ANDRADE, et al., 2016), e a amniotomia (CARVALHO et al, 2012; SANTOS et al, 2012; ANDRADE, et al., 2016; PEREIRA, et al., 2019), dentre outros.

O posicionamento da mulher em litotomia é uma prática habitual do modelo tecnocrático, que tem por única finalidade favorecer a visualização do profissional em relação ao períneo (PEDROSO; LÓPEZ, 2017; MAIA, 2008; DOMINGUES; RATTO, 2008). Além de não considerar o conforto da mulher (MAIA, 2008; DOMINGUES; RATTO, 2008), esta prática ignora as vantagens trazidas por outros posicionamentos durante o período expulsivo e dificulta a participação e até mesmo a movimentação da mesma, especialmente quando suas pernas são imobilizadas nas perneiras.

Já a administração rotineira de ocitocina tem como finalidade acelerar o trabalho de parto, aumentando a força da contração uterina, reduzindo os intervalos entre elas e forçando a dilatação do colo uterino, tendo como possível resultado final, a redução do tempo total de trabalho de parto e do período expulsivo. O fato da dosagem a ser administrada ser totalmente dependente da avaliação clínica feita pelo profissional de saúde a respeito do corpo da mulher, oriunda da inexistência de uma posologia padronizada, pode gerar complicações acerca da imprecisão da dose ou da administração da mesma durante a fase incorreta do parto (SANTOS, et al., 2020). Neste sentido, distintos problemas maternos e fetais podem ser desencadeados pela administração da mesma, como a hiperestimulação uterina, o sofrimento fetal, a acidose fetal, a hiponatremia, a ruptura uterina (SANTOS, et al., 2020), laceração de períneo

(ANDRADE, et al., 2016), além do aumento da dor durante as contrações (SANTOS, et al., 2020).

Em relação ao emprego rotineiro do procedimento da episiotomia no modelo tecnocrático, a literatura revela que tal prática é justificada como uma maneira de proteger os órgãos genitais femininos de possíveis lacerações graves, além de ampliar o canal de passagem de feto, promovendo a expulsão mais rápida do bebê (KAMPF; DIAS, 2018). Entretanto, a Medicina Baseada em Evidências sinaliza a inexistência de benefícios para o uso habitual sem critérios clínicos (BRASIL, 2016b).

A episiotomia, que é o único procedimento cirúrgico realizado no corpo das mulheres saudáveis sem o seu prévio consentimento (Leal et al., 2014), tem sua perpetuação relacionada ao processo formativo dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, onde é fortemente suscitado o caráter protetivo desta intervenção. Por este motivo, adentra os ambientes formativos sob a tutela de ser um procedimento que precisa ser praticada por todos os estudantes para que estes tenham as habilidades técnicas aprimoradas. Tal contexto revela-se como uma tática de subjetivação, levando os futuros profissionais a naturalizarem e empregarem o ato cirúrgico sem considerar a avaliação das necessidades clínicas. Ainda neste sentido, uma obstetra docente da Universidade Federal do Estado de São Paulo descreve que, quando os profissionais adotam uma conduta expectante durante o processo parturitivo sem distócias, estes ficam ansiosos e agoniados, “sem saber o que fazer”, tornando-se necessário “desfocar e buscar outras coisas para fazer e pensar”, no intuito de não proceder uma episiotomia clinicamente desnecessária (KAMPF; DIAS, 2018, p. 1158).

Aventa-se que este cenário advenha das racionalidades machistas e patriarcais. Esta compreensão baseia-se, dentre outros aspectos, no fato de haver grande preocupação na capacidade da mulher em proporcionar prazer ao seu parceiro após a vivência de um parto vaginal, em virtude do alargamento vaginal fisiológico necessário para a passagem do bebê. Desde forma, ao ser procedida a episiotomia, torna-se obrigatória a realização da sutura cirúrgica para reaproximar e unir os planos e estruturas dos tecidos corporais, permitindo ao médico que procede esta ação, estreitar o canal vaginal por meio da sutura. Esta técnica ficou conhecida como “ponto do marido”, engendrada a discursos

de que a “mulher ficará ‘como nova’, quase como se fosse novamente virgem, e, consequentemente, especialmente atrativa para o homem” (MULLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015, p. 286).

No que se refere a prática da restrição alimentar da mulher durante o trabalho de parto, esta é justificada como um método que visa reduzir a morbidade e mortalidade materna secundária a broncoaspiração (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). Por mais que a restrição alimentar à parturiente seja comumente efetivada (APOLINÁRIO, et al, 2016), esta prática reduz a biodisponibilidade de insulina e glicose sanguínea, diminuindo o aporte energético aos tecidos corporais para a vivência do parto (BRASIL, 2016b), e não há evidências que comprovem a ausência total de volumes gástricos durante este período de jejum, não excluindo o risco de broncoaspiração (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

No modelo tecnocrático também é frequentemente vislumbrada a realização dos esforços em puxos conduzidos. Esta técnica não se mostra contributiva para redução do tempo do trabalho de parto (BRASIL, 2016b) e, especialmente quando estimulada em momentos inoportunos, aumenta a fadiga feminina durante o parto (DELGADO, et al., 2019), e reduz sua participação ativa ao longo do processo (OMS, 2018). Cabe destacar que a não utilização desta prática tem se demonstrado como um fator protetivo para lacerações do períneo (SANTOS; RIESCO, 2017).

O conjunto de intervenções rotineiramente implementadas em meio ao modelo tecnocrático durante o parto vaginal, que traz distintas implicações negativas ao longo do processo parturitivo e para o desfecho deste, também pode ser entendido como uma das causas do que é conhecido como “epidemia de cesáreas” (BATISTA FILHO; RISSIN, 2018). Isto porquê as intervenções empregadas no parto vaginal, muitas vezes suscitam a necessidade de outras intervenções, levando a situações que podem incluir desde o aumento da intensidade da dor durante as contrações, até o aparecimento de distócias graves que colocam em risco a vida da mulher e do bebê (SANTOS, et al., 2020).

A cesariana que, para além do cunho religioso, se solidificou Historicamente como uma intervenção derradeira que visava salvar a vida da parturiente e de seu concepto (THORWALD, 2002), transformou-se em um evento social normatizado, trivial, aceito e fomentado em todos os seguimentos

da sociedade (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2017). Estas concepções, fruto da histórica patologização do corpo feminino e do parto (YIEN, 2016), permanece acionada pelos profissionais de saúde, especialmente pelos médicos que, sob diferentes perspectivas argumentativas, convencem as mulheres das vantagens da cesariana (DIAS, et al., 2008). Neste engendramento discursivo, torna-se usual a descrição da cesárea como um procedimento caracterizado pela higiene, limpeza, agilidade, praticidade, segurança e controle (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016), elencando, ainda, a ideia de que a qualidade do atendimento está diretamente associada com as tecnologias utilizadas (BEHÁGUE, VICTORA, BARROS, 2002; FREITAS et al., 2005; DIAS, et al., 2008; PÁDUA, 2010; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016).

O desejo da mulher de ser submetida a cesárea também é revelado pela literatura (VELEDA, 2015; RUSSO, 2019). Estudos apontam que esta situação advém da subjetivação que ocorre em conjunturas diferentes. O primeiro deles se caracteriza pelo desejo inicial do parto vaginal que, ao longo do pré-natal, é gradativamente mudado pelo desejo pela cesárea, como desdobramento dos processos subjetivadores oriundos de diferentes fontes – discursos dos profissionais de saúde, discursos dos familiares, discursos advindos das mídias – que positivam a cesárea e negativam o parto vaginal. Já o segundo se materializa na hora do parto, associando as peculiaridades vivenciadas neste momento, tais como a dor ou o trabalho de parto prolongado, junto aos discursos subjetivadores dos profissionais de saúde que apresentam uma solução rápida e prática para este momento (PIMENTA et al, 2014; COPELLI, et al., 2015; RUSSO, 2019). Isso “no pensamento e na prática médica, [é] ao mesmo tempo momento fatal, efeito de um ritual e ocasião estratégica” (FOUCAULT, 2008c, p. 114).

A preservação da hegemonia do modelo tecnocrático em muitos ambientes de assistência também está relacionada aos desejos e expectativas das mulheres, seja no parto vaginal ou cesárea. Esta é uma consequência advinda não somente da supervalorização das tecnologias associadas as práticas intervencionistas, mas sim, pela concepção de que um parto sem intervenções significa algo inferior, desqualificado e inseguro (DAVIS-FLOYD, 2001; MAIA, 2010; PEDROSO; LÓPEZ, 2017), estando todos estes elementos

relacionados a potologização do corpo e a medicalização da vida (LEMOS, et al., 2016).

Por fim, cabe destacar que neste modelo de assistência ao parto que dá ênfase as intervenções sobre seus aspectos biomecânicos, conjuntamente a desvalorização dos aspectos emocionais e psicológicos, as relações interpessoais acabam sendo fortemente influenciadas (DAVIS-FLOYD, 2001). A literatura revela que grande parte dos profissionais, parturientes e demais membros da saciedade, banalizaram e naturalizaram interações que depreciam e inferiorizam as mulheres e seus sentimentos (DINIZ; CHACHAM, 2002; AGUIAR, 2010). Estas se materializam em práticas de desrespeito (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007; GAMA et al, 2009; ENDERLE et al, 2012; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; BIONDI, et al., 2018; BIONDI, et al., 2019), impaciência (ENDERLE et al, 2012; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; BIONDI, et al., 2018; BIONDI, et al., 2019), falta de atenção e indiferença (WOLFF; WALDOW, 2008; ENDERLE et al, 2012; BIONDI, et al., 2018; BIONDI, et al., 2019), isolamento e abandono da mulher ao longo de muitos momentos do trabalho de parto (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007; OLIVEIRA, 2010; ENDERLE et al, 2012), coisificando e despersonalizando os sujeitos (DAVIS-FLOYD, 2001).

4.4.2 O Modelo Humanizado de assistência ao parto

O esquema conceitual de Davis-Floyd (2001), descreve o modelo humanizado de assistência ao parto por meio de 12 preceitos/concepções/verdades que, a exemplo do modelo tecnocrático, possui esta apresentação segmentada para fins didáticos, sendo que, durante a assistência ao parto se entrelaçam e se fundem. O primeiro preceito corresponde a conexão entre a mente e o corpo, rompendo com o pensamento dicotômico e considerando a total inter-relação entre a dimensão orgânica e a psicoemocional que, associado a segunda concepção, o corpo como um organismo, o compreende como dotado de capacidades biológicas complexas e autorreguladas, mas que sofrem influências das dimensões sociais (DAVIS-FLOYD, 2001).

A terceira característica corresponde a visão da parturiente enquanto um sujeito relacional, abarcando a importância de relações interpessoais saudáveis entre a mulher, sua família e os profissionais de saúde para que a dimensão

psicoemocional seja contributiva para o transcorrer do processo parturitivo. O quarto aspecto corresponde a conexão e cuidado entre profissional e a paciente, entendendo o estabelecimento de uma relação dialógica, respeitosa e de suporte emocional como indispensáveis para que as dimensões biopsicossociais sejam contempladas e contribuam para a parturição (DAVIS-FLOYD, 2001).

O quinto preceito corresponde a conciliação entre a visão do profissional – diagnóstico e tratamento de fora para dentro – com a visão da parturiente – diagnóstico e tratamento de dentro para fora – dando ênfase a comunicação, a escuta, a empatia para o estabelecimento de um partejar com amparo emocional. A sexta característica é a busca pelo equilíbrio entre necessidades institucionais e individuais, reorganizando os ambientes e as formas de trabalho de modo a propiciar a flexibilidade institucional necessária para que as mulheres tenham suas necessidades atendidas, considerando suas singularidades. O sétimo aspecto prevê a partilha de informações, a tomada de decisão conjunta e a responsabilidade partilhada entre os profissionais de saúde e a parturiente, permitindo a avaliação conjunta dos riscos e benefícios das condutas por meio de um diálogo empático e esclarecedor (DAVIS-FLOYD, 2001).

A oitava concepção corresponde a busca de equilíbrio entre a ciência e tecnologia com o humanismo, elencando critérios claros e bem definidos para o emprego de práticas intervencionistas, sob o aval da parturiente, ou embasado no desejo da parturiente. O nono aspecto é o foco nas ações preventivas, utilizando-se de práticas embasadas cientificamente para melhoria das condições de vida e educação, como determinantes sociais de saúde, incluindo a garantia de um acompanhamento pré-natal adequado e que instrumentalize a mulher a e família para a vivência do parto e para as decisões conjuntas aos profissionais de saúde (DAVIS-FLOYD, 2001).

O décimo enfoque traz a morte uma possibilidade aceitável, elencando a importância da valorização da individualidade, da liberdade de escolha e das dimensões psicológicas e espirituais diante de contextos ou desfechos adversos, tornando a família presente e participe das decisões e dos cuidados. A décima primeira característica é o cuidado orientado pela empatia e pela compaixão, colocando o conhecimento, a ciência, a capacidade e as habilidades enquanto meios para o desenvolvimento de um cuidado humano e integral. O último aspecto corresponde a mentalidade aberta para outras modalidades de cuidado,

compreendendo que a individualidade de cada mulher suscitará a necessidade do emprego de ações possivelmente mais tecnológicas, como a cesárea diante de uma distócia, ou mais holísticas, como o uso de métodos não farmacológicos de alivio da dor, não ignorando os avanços da ciência e singularidade das situações (DAVIS-FLOYD, 2001).

Pode-se considerar que este modelo tem um sentido oposto ao modelo tecnocrático, afastando-se da ideia cartesiana e patriarcal de cuidado, reposicionando os sujeitos, e redefinindo suas atribuições e responsabilidades (DAVIS-FLOYD, 2001). Estas concepções incluem a exclusão de situações desrespeitosas, vexatórias e degradantes, e o não uso rotineiro e normatizado de intervenções como a tricotomia, episotomia e Kristeller; perpassam a possibilidade de deambulação, alimentação e ingestão de líquidos e a presença de acompanhante; e chegam no contato pele a pele imediato, na amamentação na primeira meia hora de vida e no clampeamento oportuno de cordão umbilical, dentre outros aspetos (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

Na literatura nacional, este conjunto de características que definem o modelo humanizado de assistência ao parto aparece sob diferentes denominações, como revelam Bourguignon e Grisotti (2020):

> [...] “paradigma mais voltado para o aperfeiçoamento da fisiologia do parto”, “paradigma não intervencionista”, “modelo fisiológico de acompanhamento no parto”, “modelo contra-hegemônico”, “paradigma emergente”, “novo modelo que permita dar conta da saúde vista em sua positividade, complexidade e como um processo, como um fenômeno multidimensional que envolve e é determinado por aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, todos estes interdependentes”, “modelo de atenção à saúde com perspectiva humanista”; “modelo de saúde social, ético e equânime norteado pela inclusão e solidariedade”, “novo modelo para o cuidado à saúde com vistas à integralidade e humanização das ações”, “novo modelo de cuidar, humanístico e complexo”, “modelo desmedicalizado”, “modelo humanizado de atenção ao parto e nascimento”, “modelo que permita à mulher maior autonomia e a exclusão de procedimentos desnecessários”, “modelo centrado na mulher”, “paradigma que olha o parto como uma prática assistencial”, “modelo de humanização do parto e nascimento” (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020, p. 492).

O conjunto de denominações apresentadas correspondem a formas específicas de condução das condutas, acionando métodos distintos dos empregados no modelo tecnocrático. Baseando-se nas teorizações Foucaultianas, infere-se que o modelo humanizado evoca táticas de engajamento voluntário das parturientes e também de profissionais. Isto é possível pois este modelo abarca perspectivas e contornos abrangentes e

distintos, acionando diferentes discursos, mas que estão racionalmente alinhados, “encantando” indivíduos dessemelhantes, por acessá-los e envolvê-los em suas singularidades. Tal característica torna-se potente na captura dos indivíduos às táticas de subjetivação, endossadas pelo poder das verdades científicas, pelos discursos que negativam o modelo tecnocrático, ou mesmo pela potência das verdades trazidas pelo feminismo e pela medicina baseada em evidências.

Neste sentido, Diniz (2005) descreve distintas lógicas, entendimentos e dimensões que revelam a amplitude discursiva engendrada ao modelo humanizado. A primeira delas traz a humanização enquanto prática de “legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres e crianças”, que corresponde as dimensões da assistência segura e não violenta, enquanto direitos humanos (DINIZ; 2005, p. 83). A segunda evoca a “legitimidade científica da medicina baseada em evidências”, o que inclui a “racionalidade no uso dos recursos”, defendendo o desenvolvimento de uma assistência pautada nos resultados da pesquisa científica, e contrapondo-se a compreensão de que a modernidade é sinônimo de intervenção (Ibid, p. 83).

A terceira, descreve a humanização como “resultado promovido pela tecnologia adequada na saúde da população”, suscitando a importância da dedução dos agravos iatrogênicos maternos e perinatais causados pelo uso indiscriminado e inapropriado de intervenções (DINIZ; 2005, p. 83). A quarta dimensão discursiva refere-se ao “redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto”, o que inclui a criação de um espaço dialógico, de decisões compartilhadas e de relações interpessoais respeitosas (Ibid, p. 83). Já a quinta, caracteriza a humanização enquanto concepção e ação que legitima o “acesso ao alívio da dor”, afastando-se dos saberes que endossam que a dor não pode e não teve ser atenuada, já que ela é parte do processo fisiológico (Ibid, p. 83) – ou uma condenação pela vivência da sexualidade feminina.

Outra concepção associada ao modelo humanizado de assistência ao parto enquanto lógica que abarca o uso criterioso e não rotinizado de intervenções, é a valorização do conhecimento científico e prático dos profissionais de saúde que adotam esta conduta, pautado no discurso de que “é preciso saber muito para não intervir” (KAMPF; DIAS, 2018, p. 1157). Este enunciado está associado ao entendimento de que “o parto mais científico é o

menos tecnológico", por ser capaz de respeitar as dimensões biopsicossociais das mulheres, não pautando a conduta apenas em saberes biomédicos (Ibid., p. 1160).

Em virtude dos saberes e verdades acerca do contraste existente entre o modelo tecnocrático e o modelo humanizado de assistência ao parto terem se capilatizado em muitos discursos que perpassam a sociedade, a forma como os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho passou a ser ainda mais objetivada pelas mulheres e suas famílias, que julgam as condutas, pautadas no que entendem como norma. A clarificação desta relação tornou-se mais evidente ao longo dos últimos anos, revelando o que Aguiar, D'oliveira e Schraiber (2013, p. 2289) denominaram de uma "crise de confiança" entre pacientes/famílias e os profissionais de saúde.

Esta conjuntura pode ter relação com a forma como modelo humanizado de assistência ao parto se configurou em políticas públicas, que contrastam com o modelo tecnocrático, tão arraigado entre os profissionais e a sociedade, em virtude da historicidade. Como o próprio Ministério da Saúde afirma ao apresentar os programas e políticas públicas voltadas a humanização da assistência, não se trata apenas de priorizar o conhecimento e as "evidências científicas", mas entende-las como "uma etapa superior do conhecimento", em relação ao "mágico e o empírico" que embasam as práticas intervencionistas (BRASIL, 2001a, p. 182). Tal compreensão evoca a inferiorização e desvalorização das práticas tecnocráticas e, concomitantemente, dos indivíduos que as implementam, e das instituições, ambientes e contextos assistenciais que viabilizam a sua perpetuação.

Quando o modelo de assistência proposto pelas políticas públicas se distancia do modelo historicamente praticado pelos profissionais, abalam-se as relações de poder até então instituídas, exigindo ajustes interacionais nem sempre confortáveis aos indivíduos envolvidos. Acerca dos movimentos que compõe essa quebra paradigmática, Foucault (2008a) afirma que:

> O problema político essencial para o intelectual não é criticar os conteúdos ideológicos que estariam ligados à ciência ou fazer com que sua prática científica seja acompanhada por uma ideologia justa; mas do saber que é possível constituir uma nova política de verdade. O problema não é o da mudança da conscientização das pessoas nem do que há em suas cabeças, mas do regime político, econômico e institucional da produção de verdades (FOUCAULT, 2008a, p. 14).

Entendendo as políticas públicas como “manifestações/materialidades da governamentalidade” (LOPES, 2011, p. 9) e considerando a historicidade recente de proposições de mudanças na forma como a assistência ao parto é efetivada, tem-se um engendramento complexo, em que a governamentalidade que busca editar a relação dos homens com “costumes, os hábitos, as maneiras de fazer ou pensar” (FOUCAULT, 2012a, p. 290), encontra resistências e contracondutas sustentadas pela hegemonia secular das práticas intervencionistas. Tal contexto se revela em diferentes nuances que compõe a assistência ao parto, sinalizando a existência de uma dissociação entre a implementação das práticas previstas pelas políticas públicas voltadas à humanização e o modelo humanizado de assistência ao parto descrito por Davis-Floyd, como revelam os estudos citados abaixo.

Para Santos (2009), a simples ausência de algumas intervenções ou a prescrição rotineirizada de prática tidas como humanizadas, tais como os métodos não farmacológicos de alívio da dor, descaracterizam a possibilidade da efetivação de um modelo humanizado, uma vez que esta forma de assistência deve basear-se no diálogo, no compartilhamento decisório e respeito as singularidades de cada mulher, o que se opõe a rotinização. Ademais a respeito do manejo da dor, a dimensão dos métodos farmacológicos de alívio da mesma também revela a dicotomia entre o modelo humanizado e a prática profissional viabilizada pelos programas e políticas. Mesmo que no ano de 2000 a analgesia de parto tenha sido incluída na tabela de procedimentos remunerados pelo SUS (BRASIL, 2001a), com vistas a fomentar seu uso para inibir a prática de cesáreas justificadas pelo medo da dor sentido pela mulher, esta prática não se tornou uma realidade. Isto ocorre, pois, sua implementação suscita a necessidade de formação dos profissionais para fazê-la, além de requerer a presença de um médico anestesista em todos os partos vaginais (RIFFEL, 2005), sendo este um profissional escasso em todo o território nacional e alocado em outras demandas do SUS entendidas como prioridades (RODRIGUES, et al., 2019).

Ainda sobre a rotinização de práticas humanizadas como uma infração ao modelo humanizado, a literatura releva a existência da obrigatoriedade da presença de algum acompanhante em específico, como o companheiro da mulher, retirando a possibilidade de escolher quem estará no parto, ou, até mesmo, inviabilizando a opção de permanecer somente com a presença dos

profissionais de saúde. Também desponta a inflexibilidade em relação ao não emprego de alguns procedimentos, tais como a tricotomia ou o enema, mesmo que estes sejam de desejo expressado pela mulher. A rotinização do contato pele a pele no parto vaginal, ou a sua não efetivação no parto cesáreo em virtude da forma como a assistência está organizada, igualmente apontam uma violação da integralidade da humanização. Todos estes aspectos revelam que as exigências do cumprimento de metas vinculadas aos programas e políticas relacionados a humanização do parto levam a rotinização de práticas tidas como humanizadas, afastando-se do modelo humanizado de assistência ao parto (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

No modelo humanizado de assistência ao parto a dimensão do tempo também é reconfigurada. Neste modelo o tempo é ressignificado, não obedecendo apenas a linearidade do relógio. Essa concepção dá ênfase ao tempo de cada mulher, de modo a atender as necessidades biopsicossociais, transcendendo as prescrições cronometradas das ações, por exemplo, a da hora certa de ir ao hospital (MELO, 2017). Entretanto, sob a égide dos programas e políticas públicas voltadas a humanização (MELO, 2017), vislumbra-se uma corrida contra o tempo, onde o primeiro obstáculo a ser vencido é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, para evitar que o parto ocorra sem a assistência de profissionais de saúde (WONG; BENOVA; CAMPBELL, 2017). Além disso, instrumentos como o partograma quando utilizados inapropriadamente, ao invés de inibirem o emprego de intervenções inadequadas, podem endossar a realização das mesmas, através da avaliação equivocada da relação entre a progressão do trabalho de parto e o tempo (ROCHA, et al., 2009). Não somente, a rigidez dos protocolos institucionais pode tornar o tempo um elemento que impede que aspectos psicossociais sejam contemplados, especialmente pela falta de flexibilidade em relação a troca de acompanhantes ao longo da duração de todo o trabalho de parto.

O próprio local onde o parto ocorre também revela a dissociação entre o modelo humanizado e os programas e políticas voltados à humanização. O modelo humanizado compreende que a escolha do local do parto abarca elementos como a segurança e o desejo das mulheres, considerando como viável a realização do parto fora do ambiente hospitalar, o que inclui a residência da parturiente (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Entretanto, o que se

vislumbra em meio a maquinaria dos programas e políticas é o acionamento de discursos que classificam o hospital como o ambiente mais seguro (RIFFEL, 2005), por ser o único local capacitado para propiciar a conciliação entre segurança e humanização, subjetivando a sociedade e cerceando a liberdade de escolha (KRUNO, 2004). Esta estratégia discursiva descreve o parto extra-hospitalar como inseguro, animalesco, desumano e não civilizado, utilizando-se da ocorrência do mesmo em ambientes como as casas, postos de saúde, ambulâncias, carros, dentre outros, para suscitar a importância do aumento do número de leitos obstétricos, ao mesmo tempo que sinaliza a necessidade de ampliar as táticas de regulação e disciplinamento, para que outros partos não ocorram forma da norma (RIFFEL, 2005).

Os elementos acima descritos estão, direta ou indiretamente, relacionados a uma das dimensões mais nevrálgicas e dicotômicas entre o modelo humanizado de assistência ao parto e as maquinarias dos programase políticas voltados à humanização: a autonomia. Como traz a literatura, a autonomia durante o parto corresponde a liberdade e a autodeterminação para deliberar sobre distintos elementos, como o local de ocorrência do parto; os métodos, práticas e tecnologias utilizadas; a possibilidade de deambulação e ingestão de líquidos e alimentos; a escolha da posição durante o período expulsivo; a efetivação do contato pele a pele; incluindo, ainda, a manutenção da privacidade e a presença de acompanhante de livre escolha da mulher, dentre outros (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Entretanto, a forma como a dimensão da autonomia é abordada pelos programas e políticas voltados à humanização do parto configuram-se como tecnologias de subjetivação, visando "controlar, distribuir e gerir uma população numa determinada direção" (RIFFEL, 2005, p. 17).

Para que este processo seja possível, a própria dimensão da autonomia profissional precisa ser resultado da subjetivação aos discursos acerca da humanização do parto, de modo a produzir "a 'docilidade' para aceitá-la, o disciplinamento para colocá-la em movimento e o compromisso com a verdade que ela institui" (RIFFEL, 2005, p. 98). As estratégias que envolvem estes movimentos de subjetivação dos profissionais incluem práticas educativas voltadas aos que já atuam nos ambientes assistenciais (Ibid., 2005), somados a constante influência do noopoder e da judicialização em saúde, pautadas nas

verdades trazidas pelos programas e políticas públicas, que se convertem em força jurídica aos indivíduos (PEIXOTO; PASSOS; BRITO, 2018).

Outra estratégia engendrada à subjetivação dos profissionais é a reorganização do processo formativos no nível técnico, superior e de pós-graduação, alinhando-os com o arcabouço de verdades mais verdadeira que são apresentados pelos programas e políticas (RIFFEL, 2005). Cabe destacar que neste caso, o acionamento sedutor dos discursos e saberes acerca da humanização da assistência ao parto enquanto verdadades científicas mais verdadeiras e hierarquicamente superiores, permite a construção de um profissional assujeitado. Alguém que constrói sua identidade profissional elencando estes saberes como verdades, mantendo-se disciplinado e autogerindo-se com base na mesma. Como afirma Benevides (2013):

> [...] consiste na fabricação deste si mesmo, na invenção desta função autovigilante, na produção desde [...] pela reflexão que instaura a obediência voluntária à lei mediante a disciplina. A sujeição fabrica uma vontade, um engajamento, uma ação sempre reiniciada e atualizada por si. Sujeição não é o oposto de autonomia, pois a sujeição é a trama secreta da autonomia (BENEVIDES, 2013, p. 458).

Este profissional, subjetivado e assujeitado, aciona em sua prática assistencial os saberes que entende como verdades, para que, de maneira gradativa e insidiosa, sejam estabelecidas estratégias de subjetivação em relação as pacientes/famílias, e até mesmo sobre outros profissionais. As múltiplas estratégias implementadas abarcam desde as mídias, até a interação profissional de saúde-mulher-família, engendrando trocas subjetivadoras antes mesmo da gravidez, que se intensificam durante o pré-natal, e se potencializam durante o trabalho de parto e parto, de modo a guiar as decisões da mulher. Desta forma, a decisões tidas como autônomas acabam sendo tenuamente direcionadas (RIFFEL, 2005) de modo que, ao final, seja extraída desta população a conduta já esperada (KIRST, 2015).

Dentre as maquinarias envoltas na dimensão da autonomia, enquanto uma capacidade subjetivada, está a escuta. Como trazem os programas e políticas voltados a humanização: “uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, de forma que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto [...]” (BRASIL, 2012, p. 40). O ato de escutar traz consigo, obrigatoriamente, alguém que fala, um ato de confissão e um ser confesso, engendrando um conjunto de “procedimentos

pelos quais se incita o sujeito a produzir sobre sua sexualidade um discurso de verdade que é capaz de ter efeitos sobre o próprio sujeito" (FOUCAULT, 2008c, p. 264).

A dimensão da escuta e suas engrenagens de objetivação e subjetivação, não está relacionada a um único método de confissão quando se trata da obstetrícia. O corpo grávido e parturitivo é visto, medido, pesado, palpado e tocado (RIFFEL, 2005), em "uma estrutura plurissensorial" (FOUCAULT, 2011b, p. 188), permitindo uma escuta múltipla que, ao mesmo tempo que se processa, suscita a julgamento baseado na norma e nas estatísticas da evidência científicas (RIFFEL, 2005).

Concatenado aos movimentos de objetivação e subjetivação que envolvem a escuta enquanto dimensão da autonomia – subjetivada, emergem outras gramáticas que visam gerenciar a vida, por meio da condução das condutas, como o Plano de Parto. Como revela a literatura científica, o Plano de Parto consiste em um documento de caráter legal, onde estão descritos os desejos e expectativas da parturiente em relação a forma como a assistência ao parto será executada, o que inclui escolha e recusa por procedimentos (SUÁREZ-CORTÉS, et al., 2015).

O Plano de Parto efetiva-se como um instrumento de comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde, trazendo consigo a ideia de autonomia feminina por propiciar a mulher a sensação de emancipação e autogoverno (MOUTA, et al., 2017). Em outras palavras, suscita a compreensão de decisão informada (LOTHIAN, 2006), revelando que a mulher conhece sobre seus direitos, sobre as rotinas e práticas hospitalares, bem como, sobre a indicação ou não das intervenções (ANDREZZO, 2016).

Todavia, em termos práticos, o conhecimento que embasa a autonomia – e até mesmo permite saber da existência de instrumentos como Plano de Parto – nada mais é do que resultado de um gradual e rizomático processo de subjetivação. O Plano de Parto, enquanto formalização da autonomia, está engendrado a mecanismos como a escuta – objetivação – e didáticas de preparo para o parto, como as mídias, pré-natal, curso de gestantes, assistência ao parto e outros dispositivos – subjetivação, que consistem em momentos/contextos em que o poder-saber dos discursos dos profissionais de saúde são acionados de

modo multifacetado e multidirecional. Ao final, se produz uma gramática de condução de condutas, fruto de uma autonomia subjetivada.

À guisa da conclusão, cabe destacar que o modelo humanizado de assistência ao parto preza pelos aspectos emocionais e psicológicos dos indivíduos envoltos neste momento, enquanto efeito de uma construção que inclui aspectos biopsicossociais (DAVIS-FLOYD, 2001). Neste sentido, as relações interpessoais revelam-se como os principais instrumentos para a efetivação de uma assistência humanizada (BIONDI, et al., 2019). Para isso, torna-se imprescindível a efetivação de interações pautadas no respeito (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007; GAMA et al, 2009; BUSANELLO et al, 2011; ENDERLE et al, 2012; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; BIONDI, et al., 2018; BIONDI, et al., 2019), na cordialidade, na delicadeza e na paciência (SILVA; SIQUEIRA, 2007; CARRARO et al, 2008; GAMA et al, 2009; BUSANELLO et al, 2011; ENDERLE et al, 2012; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; BIONDI, et al., 2018; BIONDI, et al., 2019). Todos estes aspectos são essenciais para a criação de uma ambiência que permita o acolhimento, a escuta e a valorização das necessidades (GAMA et al, 2009; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; BIONDI, et al., 2018; BIONDI, et al., 2019), manutenindo a privacidade (ENDERLE et al., 2012), ao mesmo tempo que proporcione segurança física e emocional por meio da presença (MCCALLUM; REIS, 2006; SILVA; SIQUEIRA, 2007; CARRARO et al, 2008; OLIVEIRA et al, 2010; ENDERLE et al, 2012; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; BIONDI, et al., 2018; BIONDI, et al., 2019).

4.4.3 Para além dos modelos de assistência ao parto: outras influências na condução das condutas

A efetivação da assistência ao parto não se limita a um conjunto de práticas sustentadas por genuínos modelos de assistência. Em meio a singularidade da parturição, inumeráveis influências se entrelaçam, se repelem e se fundem, na composição do que é realmente efetivado em cada parto. Do engendramento entre as dimensões biopsicossociais, a dinamicidade social, o direcionamento político da produção de conhecimentos científicos, as oscilações e tensionamentos na antelação de verdades mais verdadeiras, dentre outros, afloram heterogeneidades que revelam a inexistência de uma hegemonia dentre

os modelos de assistência ao parto, mas sim, um híbrido variável que se materializa no derradeiro momento de transição entre o gestar e o “puerperar”.

Esta conjuntura, que inclui uma população específica de indivíduos, abarcados por distintas maquinarias desenvolvidas para esquadrinhá-los, confiná-los, educá-los e governá-los (RIFFEL, 2005), também é caracterizada por atravessamentos, disputas e negociações com outras lógicas e racionalidades (PEIXOTO; PASSOS; BRITO, 2018). Com isso, outros elementos adentram as engrenagens da gestão da vida, influenciando as formas de governamentalidade, para além daquelas cunhadas historicamente (NESPOLIG, 2014).

Neste sentido, vislumbra-se a presença de constituintes nem sempre perceptíveis aos olhos que todos os indivíduos inclusos na cena da parturição, mas que, por interferir na efetivação das condutas de alguns desses indivíduos, acabam por influenciar o todo. Dentre estes elementos, pode ser destacado o conjunto de leis que embasam o exercício profissional dos indivíduos que efetivam a assistência (PIMENTA; SOUZA, 2017), incluindo as determinações dos códigos de ética, que também possuem força de lei (SILVA, et al., 2018).

As leis relacionadas ao exercício das profissões que atuam na efetivação da assistência, são direcionadas a assegurar proteção aos indivíduos atendidos por estes, pautando-se nas dimensões dos direitos humanos e na manutenção da dignidade da vida (PEIXOTO; PASSOS; BRITO, 2018). Ao nível das relações de trabalho e da execução da assistência, elas revelam um contrato social coletivo baseado na capacidade racional que os indivíduos possuem para decidir sobre seus atos, incluindo a responsabilização pela violação voluntária das disposições legais (RAUTER, 2003). Entretanto, mais do que um conjunto de bases para o julgamento das ações, as leis acabam tendo um papel na condução das condutas, como detalha Foucault (2006b, p. 135) ao afirmar que “[...] a lei funciona cada vez mais como norma, e [...] se integra cada vez mais num contínuo de aparelhos (médicos, administrativos, etc.) cujas funções são sobretudo reguladoras”.

Sob as prescrições normalizadoras das leis que regem o exercício profissional, os indivíduos que prestam a assistência ao parto acabam alocados em um mesmo ambiente, para que possam atuar conjuntamente, integrando as singularidades de seus saberes e fazeres. Todavia, como afirmam Bourguignon

e Grisotti (2020, p. 486), “estar em um lugar não é somente uma vontade, é também uma obediência, é se adequar ao estabelecido, socializar-se”.

Ao estarem inseridos no ambiente onde a assistência ao parto ocorre, há o estabelecimento de interações entre os indivíduos com funções e práticas bem definidas, com vistas a um resultado comum. Entretanto, estas interações “são modeladas em um compacto dispositivo disciplinar”, caracterizado por uma organização hierarquizada de atuações, condutas e fazeres (VARGAS; RAMOS, 2011, p. 464), e por uma vigilância ininterrupta dos comportamentos profissionais (PEIXOTO; PASSOS; BRITO, 2018), associada a busca acirrada de controlar a atuação dos demais, através da condução de suas condutas (PEIXOTO; BRITO, 2015).

Este contexto nem sempre se torna fértil ao estabelecimento de relações interpessoais horizontalizadas (CARDOSO; HENNINGTON, 2011), intensificando os jogos de poder e produzindo uma assistência caracterizada pela sobreposição de direcionamentos antagônicos na condução das condutas. Soma-se a este, o papel subjetivador das mídias (GALINHO, et al., 2017), que além de abarcar em suas estratégias discursivas as múltiplas dimensões da parturição (ODASHIMA, et al., 2019), também problematizam acerca das diferenças entre as classes profissionais e suas atribuições, e sobre a credibilidade e reputação imputadas a cada uma delas (AVILA, et al., 2013), reforçando a ideia de autoridade do profissional médico (PALHARINI, 2017), inclusive sobre outras categorias profissionais (KAO YIEN, 2016).

A autoridade profissional, que pressupõe uma obediência voluntária dos demais indivíduos em virtude do reconhecimento social da profissão exercida por aqueles que lhes prestam assistência, enquanto porta-vozes da verdade, fornece ao profissional de saúde um status que lhe confere a possibilidade de exercer a condução das condutas de modo mais livre. Isso ocorre, pois, na maioria dos casos, eles mesmos legitimam suas formas de agir sobre/no/com o outro, criando condições para que suas condutas e direcionamentos pareçam sempre os mais apropriados (STARR, 2017). Entretanto, a própria concepção de liberdade para o exercício profissional nada mais é do que resultado da modulação governamental que regula os atos de escolha (CARVALHO; LIMA, 2016), o que Gregolin (2003, p. 108) denominou de “ilusão de liberdade”.

Ainda neste interim, tem-se o direcionamento e a pressão oriundos das exigências Governamentais (SCHRAIBER, 1997), por meio de suas ações prescritivas e coercitivas (PEIXOTO; PASSOS; BRITO, 2018), que, de certa forma, compõe “uma série de operações complexas pelas quais os homens se encontram efetivamente, não de maneira analítica, mas sintética, ligados ao aparelho de produção para o qual trabalham (FOUCAULT, 2005, p.124). Cabe ressaltar que a maneira centralizadora e vertical como os programas e políticas públicas tornam-se instrumentos do poder e da condução das condutas, sem ter por base uma prática social concreta (BAPTISTA, 2007), permite a dicotomização da assistência ao parto em modelos divergentes e híbridos ocasionais.

Esse cenário dicotômico acaba sendo caracterizado por diferentes concepções e discursos, tais como: a humanização como uma prática de benevolência e humanitarismo; a humanização como uma forma “mascarada” de biopoder; a humanização como sinônimo de parto vaginal (RIFFEL, 2005); a parturição como um processo o qual todos os corpos femininos estão preparados em virtude de suas características biológicas (SCAVONE, 2001); o parto como um processo que ocorre num corpo defeituoso (COLLING, 2015); a mulher que pari enquanto um indivíduo/corpo a ser docilizado, disciplinado e melhorado; o corpo dotado da potência e vitalidade para parir, mesmo sendo heterotópico (MELO, 2017); a cesárea como excelência e praticidade (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002), dentre outros. Acerca desta polarização de discursos, Diniz (2001) afirma que:

> [...] esbarramos em um impasse: corre-se o risco de que essa defesa do corpo feminino e a crença em sua perfeição fisiológica reproduzam o essencialismo que reforça a concepção da maternidade como função primordial das mulheres, sem a qual estas não seriam normais nem completas; ou ainda, da concepção de que, já que as mulheres estão fisicamente aptas a dar à luz, deveriam fazê-lo a qualquer custo, pessoal, físico, emocional ou de saúde. Nessa direção, a dor e as possíveis sequelas do parto não seriam mais que o preço “normal” a pagar pela feminilidade completa e adulta de ser mãe, ou pior, por alguma pena ancestral da base religiosa, como prevista no Gênesis (DINIZ, 2001, p. 207).

Há de se considerar, ainda, o quando a medicalização do corpo vem sendo retroalimentada pelos avanços nas tecnologias biomédicas e pela pressão do sistema suplementar de saúde (NESPOLIG, 2014). Estes aspectos, fortemente entrelaçados as dimensões do capitalismo, adentram as tramas da

discursivas em relação ao parto, subjetivando os indivíduos da sociedade (PEIXOTO; PASSOS; BRITO, 2018). Os profissionais de saúde enquanto membros desta sociedade, inevitavelmente acabam acionando fragmentos destas concepções no momento do parto, pois, como afirma Gallo (2017), a abrangência destas táticas de subjetivação e assujeitamento:

> [...] nos deixa cada vez menos brechas para interferirmos naquilo que somos; a maquinaria de poder nos enreda em teias cada vez mais complexas, de modo a praticamente não enxergar saídas. O ser sujeito na forma do cidadão configura, inclusive, como devemos agir sobre nós mesmos. Em outras palavras: mesmo naquilo que somos ativos, isso é produzido por um assujeitamento (GALLO, 2017, p. 90).

Não obstante, mesmo que haja o levante de condutas imprevistas e não calculadas de resistência (MARTINS, 2004), ou de aspirações em outras direções na maneira de conduzir e de ser conduzido, enquanto ações de contraconduta (TÓTORA, 2017), as tecnologias de governamento do aparelho Estatal – programas e políticas – estarão criando formas mais sutis, insidiosas e eficazes de subjetivar os indivíduos, para extrair delas a conduta almejada (DAL'IGNA; SIERRA, 2018). Baseando-se em Foucault (2008a), pode-se compreender que mesmo com a existência de atravessamentos de outros saberes, outras verdades e outras racionalidades, a maquinaria relacionada a gestão da vida sempre terá como proponente o Estado, que conciliará os elementos necessários para conduzir as condutas e governar a população.

5 METODOLOGIA – OU, UM CAMINHO A SER PERCORRIDO

Eu não me vejo na palavra
Fêmea, alvo de caça, conformada vítima
Prefiro queimar o mapa. Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas e a vida reinventar
...
Francisco, El Hombre. Triste, Louca ou Má.

Francisco, El Hombre, ao versar em rimas “Triste, Louca ou Má”, oportuniza a reflexão acerca do que está posto, das regras, ordens, preceitos, prescrições, determinações, disposições, mandamentos e culturalidades produtoras do que somos em sociedade, face a sensação de não pertencimento a este ser discursivo e performático consolidado. Mas quando resignar-se a ser e fazer o “prescrito” não é uma opção, resta o levante propositor de uma transformação vivaz. É esta vivacidade transgressora, mas propositiva, que embala os caminhos desta metodologia.

Isso não significa ignorar o que socialmente – ou academicamente – transpassa, engole e comanda, mas sim, não se conformar com o mapa de velhas rotas, e não se permitir chegar nas mesmas inferências ou afirmações “cientificizadas” sobre as mulheres e a parturição. Eis o desafio: estabelecer um percurso ou uma trajetória – talvez de forma pretenciosa o que poderia ser chamado de metodologia, tendo como maior aliado as teorizações Foucaultinas, sem se deixar engolir pelo senso comum do que chamamos de produção científica. Não pela ausência de caminhos a seguir, mas pela diversidade e potência dos conceitos, e pela dicotomia que estas escolhas podem representar. Como afirma Becker (1999), entender esta etapa da pesquisa como um aspecto dicotômico provem da tentativa de conciliar duas perspectivas distintas: a hegemonia da produção científica caracterizada por uma rigidez do percurso investigativo, com o refino paulatino e progressivo dos instrumentos e objetos de pesquisa, típicos de algumas vertentes das ciências humanas, presentes no trabalho de Foucault.

Na busca por entendimentos que permitam aventar a conciliação pretendida, Veiga-Neto (2009, p. 84) esclarece que “a palavra método deriva das palavras gregas *meta* —‘para além de’— e *odos* —‘caminho’, ‘percurso’; isso é,

um método é o caminho que nos leva para um lugar". Esta afirmação aproxima-se muito dos entendimentos Foucautianos sobre o percurso investigativo, complementando este entendimento com fato de que o "caminho" se constrói "durante o ato de caminhar" (Ibid., 2009, p. 89).

Há de se considerar ainda, as escolhas feitas por Foucault para traçar a forma como os instrumentos são operados em sequências de procedimentos, de modo a produzir ciência, o que permite "afirmar que não existe um (único) método Foucaultiano" (FERREIRA NETO, 2015, p. 413). Em termos práticos, esta afirmação revela que o caminho a ser percorrido é sempre ímpar, devendo ser escolhido caso a caso, considerando o problema a ser investigado, as estratégias cabíveis, os instrumentos possíveis e os arranjos pertinentes (Ibid., 2015).

Entretanto, a flexibilidade requerida em muitos momentos investigativos não pode ser confundida com a ausência de rigor ou negação de formalismos, significando que "vale tudo" (VEIGA-NETO, 2009, p. 87). É necessário e adequado "seguir alguns preceitos, normas ou regras previamente estabelecidas por uma cultura que nos precedeu e na qual estamos mergulhados. Sem isso, não há como nos comunicarmos e nem mesmo como pensarmos" (Ibid., 2009, p. 87). Partindo deste entendimento, pode-se afirmar que o próprio ato de começar este projeto já vem precedido da escolha de um percurso que foi se materializando enquanto caminho ao longo da ação de "caminhar".

Mas como fixar-se a uma trilha sem infringir os próprios questionamentos Foucaultianos sobre a produção científica? Como adequar-se às exigências acadêmicas, sem ser engolido pela produção de "verdades mais verdadeiras", a que se propõe o que chamamos de ciência?

Ferreira Neto (2015, p. 416), ao versar sobre a "Pesquisa e Metodologia em Michel Foucault", salienta que é o tangenciamento destas dicotomias que possibilita "a construção de aportes inovadores com ancoragens mais consistentes". Assim sendo, o olhar lançado a este caminho e trajetória – ou de forma atrevida, uma metodologia – se apoiará na metáfora da Caixa de Ferramentas (FOUCAULT, 2006a), que fora apresentada no capítulo anterior. Partindo desta metáfora, cada um dos detalhamentos deste percurso investigativo será entendido não como um simples elemento que visa "satisfazer" a "prescrição" da escrita científica/acadêmica, mas sim, como uma ferramenta a

ser utilizada em conjunto com outras, para que, orquestradamente, seja possível atender ao rigor científico e as exigências acadêmicas, sem limitar-se a um olhar conservador e rígido sobre o objeto estudado.

5.1 TIPO DE ESTUDO – ou, abordando o contexto investigado

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A abordagem qualitativa busca compreender os engendramentos da realidade em um nível aprofundado, que suplanta a capacidade de abstração dos processos quantificáveis, trabalhando a dimensão da singularidade (CARDANO, 2017), o que permite a analítica dos mecanismos que produzem os sujeitos, os discursos, as verdades e todos os demais artefatos da objetivação e subjetivação (FOUCULT, 2013a).

O desenvolvimento da abordagem qualitativa inclui práticas materiais e interpretativas que viabilizam a objetivação dos fenômenos nos cenários naturais de sua ocorrência. Desta forma, torna-se possível não apenas interpretar os significados que indivíduos atribuem a eles, mas vislumbrar como estes significados são fruto da subjetivação dos sujeitos (CARDANO, 2017).

A vertente exploratória visou aproximar-se de contextos/perspectivas pouco explorados, aprofundando-se na amplitude de características que os compõe, familiarizando-se com o objeto estudado e buscando entender suas particularidades. Já a ênfase descritiva, buscou o registro abrangente e a análise das características observadas, em um processo interpretativo dos fatores e das variáveis que estão atreladas ao objeto estudado (CARDANO, 2017).

5.2 LOCAL DO ESTUDO – ou, território em que estão os sujeitos-população Este

estudo, que versa sobre a governamentalidade em um contexto específico, tem como território o local em que estão os sujeitos-população: o Centro Obstétrico do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Júnior (HU), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e a Empresa Brasileirade Serviços Hospitalares (EBSERH), ambiente este onde estão inseridos os sujeitos participantes da investigação. Este Hospital está localizado no municípiodo Rio Grande, no Rio Grande do Sul, Brasil.

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior é um hospital público que integra, rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde e o patrimônio da União, tendo como finalidades a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão, constituindo-se em campo de estágio e atividades práticas para diferentes cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde. Caracteriza-se como um hospital de médio porte com 231 leitos, distribuídos nas diferentes áreas: Unidade de Clínica Pediatria, Unidade Clínica e semi-intensiva COVID, Cirúrgica, Unidade de Clínica Traumatológica, Unidade de Clínica Médica, Maternidade, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e Serviço de Pronto Atendimento (SPA) geral e para sintomas respiratórios. Possui, ainda, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Ambulatório com diversas especialidades, Laboratório de Análises Clínicas, Setor de Imagiologia, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia Clínica, Farmácia de Manipulação e Dispensação, Almoxarifado, Serviço Social, Psicologia, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Central de Material e Esterilização (CME), Hospital-dia, Centro Integrado de Diabetes (CID), Centro Regional de Gastroenterologia (CIRG), Centro Regional de Pneumologia (CIRP), Ambulatório de Doenças Crônicas e Centro de Oftalmologia. É ainda referência no atendimento da gestação de alto risco.

O Centro Obstétrico do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior foi inaugurado no ano de 1992 e transferido para área física atual no ano de 2013, localizando-se no terceiro andar deste hospital, em frente à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ao lado da Maternidade. Sua área física é composta por sala de recepção, sala para consulta, sala para exames, sala para Monitoração Anteparto (MAP), duas salas de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP), três salas de cirurgia obstétrica, duas salas de atendimento/reanimação do recém-nascido (RN), uma sala de banho para o RN, uma sala para observação, uma sala de recuperação pós-anestésica, dois postos de enfermagem, uma sala de prescrição, além de sala de materiais estéreis, expurgo, banheiro, vestiário, copa e sala de estar/descanso para uso dos funcionários. Funciona 24 horas/dia, de forma contínua.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO – ou, sujeitos[59] que falam

Foram convidados a participar deste estudo 24 profissionais de saúde, sendo eles enfermeiras e enfermeiros, médicas e médicos obstetras que atuam no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, correspondendo ao universo total de indivíduos destas categorias profissionais atuantes neste setor, não havendo perdas ou recusas. Foram inclusos os enfermeiras e enfermeiros, e as médicas e médicos obstetras que atuam neste ambiente há um período igual ou superior que seis meses, que não estavam de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da coleta de dados. Durante a produção dos dados, utilizou-se como critério de exclusão ser folguistas[60] ou feristas[61]; ser médica ou médico residente; e ser enfermeira/enfermeiro, e médica/médico obstetras que estava de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da coleta de dados ou que estavam atuando em *homeoffice*. O critério idade não foi utilizado como critério de exclusão. Assim sendo, as orientações acerca do objetivo da pesquisa e esclarecidos sobre participação voluntária, preservação do anonimato, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A), foram apresentadas com tamanho de fonte maior (número 14), de modo a facilitar a leitura.

A equipe de enfermeiras e enfermeiros que atua nesse espaço de trabalho é composta de 10 profissionais, distribuídos em quatro turno de trabalho: manhã, tarde, noite I e noite II, sendo que a noite a jornada de trabalho é de 12/36 horas. Dos 10 participantes, nove são do sexo feminino e um é do sexo masculino. As idades variaram de 26 anos, até 53 anos. Das enfermeiras e enfermeiros participantes, seis possuem especialização/residência na área de enfermagem obstétrica.

Já a equipe de médicas e médicos obstetras é composta de 14 profissionais, distribuídos em turnos de trabalho de 4, 8, 12 ou 24h, de modo a permanecerem sempre dois profissionais médicos no Centro Obstétrico. Dos 14

[59] A utilização do termo baseia-se nos conceitos Foucaultinos sobre o sujeito.
[60] Profissional que faz cobertura de folgas dos enfermeiros fixos nas unidades, alternando a cada dia o seu setor de trabalho conforme as necessidades institucionais.
[61] Profissional que faz cobertura de férias dos enfermeiros fixos nas unidades, alternando a cada mês/semana o seu setor de trabalho conforme as necessidades institucionais.

participantes, 12 são do sexo feminino e dois são do sexo masculino. As idades variaram de 31 anos, até 56 anos. Todos possuem residência médica na área de ginecologia e obstetrícia.

5.4 PRODUÇÃO DOS DADOS – ou, a busca pelas falas dos sujeitos

Para efetivar a abordagem proposta, buscou-se junto aos sujeitos participantes, falas que permitam analisar a governamentalidade no contexto do parto. Para a efetivação, foi realizada entrevista semiestruturada, realizadas durante o mês de julho de 2022, com questões que abordaram as dimensões das conduções das condutas, as racionalidades, o poder, os processos de objetivação e subjetivação, dentre outros, de modo a atender os objetivos desta pesquisa (APENDICE B).

A utilização da entrevista para a efetivação da produção dos dados viabiliza o aprofundamento do conteúdo a ser explorado, revelando relações e inter-relações existentes entre distintos elementos que dificilmente seriam compreendidos por outros métodos (PEREIRA, et al., 2018). A entrevista semiestruturada foi composta por suas partes. A primeira parte corresponde a perguntas fechadas que caracterizarão os participantes. Já a segunda condiz a questões norteadoras abertas que abordam a temática estudada.

Para a efetivação da produção dos dados foi considerada a condição vivenciada no contexto da pandemia do Coronavírus[62] no município do Rio Grande, bem como, a liberação do Hospital Universitário Drº Miguel Riet Correa Júnior (HU) e demais órgãos competentes, no que se refere a realização de entrevistas durante a pandemia. Mediante a autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU para realizar as entrevistas de forma presencial obtida mediante a avaliação das condições sanitárias, as entrevistas ocorreram face a face.

[62] Identificado pela primeira vez na China, em dezembro de 2019 (FAUCI; LANE; REDFIELD, 2020), o Coronavírus (COVID-19) foi declarado pela OMS como uma pandemia, março de 2020, atingir mais de um milhão de casos confirmados (WHO, 2020). Atualmente, a pandemia vem sendo gradativamente controlada, fruto do estabelecimento de medidas sanitárias e da vacinação da população mundial. Entretendo, a heterogeneidade da vacinação nos diferentes países e o abandono de medidas sanitárias essenciais, tornam esta situação com latente risco de piora (Vilela Filho, et al, 2022).

As entrevistas foram efetivadas exclusivamente pelo doutorando autor desta tese. O autor-entrevistador é do sexo masculino, possui graduação em enfermagem e mestrado em enfermagem/saúde, tendo experiência na produção de dados por meio de entrevistas. O mesmo atua como enfermeiro no HU-FURG, em setor distinto dos participantes do estudo. Os participantes do estudo conhecem o entrevistador em virtude da atuação profissional na área de neonatologia no mesmo hospital, porém, nenhum dos participantes possui relação ou vinculação com o autor-entrevistador. O desenvolvimento do referencial teórico-analítico desta tese precedeu a realização das entrevistas. Assim sendo, no momento da produção das falas o entrevistador estava familiarizado com as teorizações que embasaram a construção do roteiro de entrevista semiestruturada, e a posterior análise.

Para proceder a entrevista, o autor-entrevistador realizou o convite aos possíveis participantes, que ocorreu via e-mail, contato telefônico ou presencial. Neste contato foram apresentados os objetivos da pesquisa, a justificativa, os aspectos éticos e metodológicos, os riscos e benefícios, e demais aspectos necessários a cada um dos convidados a participar do estudo. Diante da manifestação de aceite de cada um dos possíveis participantes, foi realizado o agendamento o dia e horário para a efetivação da entrevista.

No dia e horário agendados, cada um dos participantes foi convidado a se deslocar à sala de estar dos profissionais, pois foi considerado pelos mesmos um local seguro e confortável para falar sobre os temas abordados no estudo, e em que não houvesse a interferência de pessoas ou ruídos que possam comprometer o sigilo ou atrapalhar a qualidade do áudio, afetando sua clareza. Antes de iniciar a entrevista, foram reapresentados os objetivos da pesquisa, a justificativa, os aspectos éticos e metodológicos, os riscos e benefícios, e demais esclarecimentos necessários. Foi fornecida uma via do TCLE (APENDICE A) assinada pelo doutorando e orientador, sendo informado ao participante a importância de guardar esta via. O TCLE (APENDICE A) teve seu conteúdo apresentado e detalhado antes do início da entrevista, onde estão informados os contatos de e-mail e telefone dos responsáveis pelo estudo, para que em caso de dúvidas, desistência da participação ou outros motivos, os participantes possam entrar em contato com os mesmos. Também foi solicitado ao participante a autorização para que a entrevista fosse gravada em MP3, de modo

a garantir a fidedignidade das suas falas. Na concordância e confirmação de todas estas etapas, o participante foi convidado a assinar uma via do TCLE (APENDICE A). A entrevista foi realizada uma única vez com cada participante, sendo que estes não tiveram acesso ao conteúdo das perguntas antes da realização da mesma. O critério de saturação dos dados não foi utilizado em virtude da participação do universo total de profissionais do setor, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

As entrevistas tiveram uma duração aproximada de 40 minutos e, após serem realizadas, foram transcritas na íntegra, para posterior início do processo de análise dos dados. As gravações estão guardadas junto ao NEPES, ficando sob a responsabilidade do pesquisador orientador do estudo, por um período de cinco anos para que seja assegurada a validade do estudo e garantido a confidencialidade dos dados. Após esse período, os materiais físicos serão incinerados e as mídias digitais oriundas das gravações serão deletados. Todas as etapas foram realizadas após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (ANEXO 1), e da Ciência e autorização do Chefia do Centro Obstétrico e da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Drº Miguel Riet Correa Júnior (HU) (ANEXO 2).

Durante a realização de todas as etapas presenciais, medidas de segurança sanitária compatíveis com o momento da pandemia vivenciado durante as entrevistas foram mantidas pelo doutorando, o que inclui o uso de máscara e *Face Shield*. Para higienização das mãos e utensílios estava disponível álcool gel 70% para uso pelo participante e pelo doutorando. Ao participante foi oferecida uma máscara cirúrgica descartável para ser utilizada durante a entrevista.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS – ou, da governamentalidade presente nas falas

Apresentar de modo didaticamente fragmentado o processo de análise a ser feito sobre as enunciações dos sujeitos participantes, após submergir nas teorizações Foucaultinas, torna-se um desafio. Isto porque, vislumbra-se como característica do processo de produção científica atual, a determinação, *a priori*, das ferramentas com uma rigidez maquínica para dissecção das falas, de modo

a descortinar seus “verdadeiros” significados. Diante disso, buscou-se uma racionalidade que permitisse a comunhão do arcabouço potente das teorizações Foucaultinas, sem desconsiderar a “receita” da produção de saberes-“verdades” científicas da atualidade, exigindo um olhar além do óbvio.

Este olhar proposto não se caracteriza como uma forma de afastamento do rigor científico e de toda a sua importância e positividade – que atende aos direcionamentos do produto esperado de um projeto como este, que é oriundo de um Programa de Pós-Graduação. Mas sim, busca alinhar-se com o conhecimento até aqui apresentado, tendo como norteador o fato deste projeto versar sobre a governamentalidade que, por si só, se constitui de uma ferramenta analítica.

Partindo a afirmação do próprio filósofo: “o que propus chamar de governamentalidade [...] não é mais que uma proposta de grade de análise para essas relações de poder”. (FOUCAULT, 2008a, p. 258), entende-se que essa ferramenta analítica viabiliza, dentre outras perspectivas, um processo interpretativo e examinatório do conteúdo presente no interior dos discursos. Este processo pauta-se nos elementos das racionalidades e de seus antagonismos, e no modo como suas respectivas tecnologias de governamento, advindas da produção do saber e das suas articulações com as relações poder, corporificam-se nos sujeitos por meio da subjetivação (KROETZ; FERRANO, 2019).

Como apresentado no subcapítulo “3.2.1 Governamentalidade, Racionalidade, Dispositivo e Governamento: Ferramentas e Maquinaria”, Foucault (2008a) atribui três sentidos distintos à governamentalidade. Porém, na ferramenta analítica proposta, teremos como arcabouço as duas primeiras:

> Por esta palavra “governamentalidade” entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e deste há muito, para à preeminência desse tipo de poder, que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros — soberania, disciplina — e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de uma série de saberes. [...] (FOUCAULT, 2008a, p.143-44).

A primeira concepção revela que a análise por meio da governamentalidade tem como eixo a articulação entre o saber, os instrumentos e a população, correspondendo estes, respectivamente, aos engendramentos do saber-poder; as ferramentas e maquinarias usadas na/para a positividade do saber-poder; e, o indivíduo-objeto à ser sujeito (NOGUERA-RAMÍREZ, 2009). Todavia, a análise por meio da governamentalidade não considera apenas as relações de poder em suas múltiplas direções e emergências em práticas discursivas e não discursivas, mas sim, como se constituem esses enunciados de poder, suas viabilidades e suas visibilidades, em especial, no âmbito da vida – do biopoder (KROETZ; FERRANO, 2019).

No segundo sentido apresentado por Foucault (2008a), a governamentalidade como ferramenta analítica denota a arte de governar, endossada por sua excelência que advém do conhecimento obtido sobre a população a ser governada – a produção constante de um saber que permite governar sujeitos e coletividades (NOGUERA-RAMÍREZ, 2009). Esta abarca as novas dinâmicas de relações de poder, e como estão são progressivamente governamentalizadas, “ou seja, elaboradas, racionalizadas e centralizadas na forma ou sob a caução das instituições do Estado” (FOUCAULT, 2013a, p. 247).

Compõe olhar analítico pautado na governamentalidade, a funcionalidade das instâncias governamentais (KROETZ; FERRANO, 2019), que operam no interior das instituições, mas igualmente fora delas, pulverizado nos tecidos sociais e onipresente em todas as estruturas imateriais da sociedade (FOUCAULT, 2008a; VEIGA-NETO, 2004). Ao estar inserido na dinâmica social, o indivíduo, já “sujeitado em redes contínuas de obediência” (FOUCAULT, 2008a, p. 243), tem certos discursos como verdades, que naturalmente conduzem suas condutas, ao mesmo tempo que resistem à outras verdades. Com isso, cria-se uma dinâmica de aceitação e resistência, de subjetivação à verdade, e objetivação e controle dos próprios comportamentos articulando os três domínios das teorizações foucaultianas: ser-saber, ser-poder, ser-consigo. (VEIGA-NETO, 2004).

Kroetz e Ferrano (2019, p. 83), em suas descrições sobre a governamentalidade como ferramenta analítica, revelam-na como um processo de problematização das técnicas utilizadas socialmente para “transformar os indivíduos em sujeitos governáveis, compreendendo o sujeito não como uma

entidade abstrata e universal, mas constituído pelas práticas às quais está submetido". Neste processo, relativiza-se os saberes tidos como verdades, examinando as complexas formas que permitem sua produção e circulação no âmbito social, cultural e político (FIMYAR, 2009), tendo um papel diagnóstico e crítico diante das "estratégias de governamento muitas vezes inquestionáveis e dadas como se estivessem desde sempre aí (KROETZ; FERRANO, 2019, p. 84). Acerca da problematização das estratégias de captura e modelagem das condutas dos indivíduos, Hattge (2014, p. 29-30) reflete sobre o olhar atento nas dimensões macro e micropolíticas da "construção do verdadeiro que possibilitam aos sujeitos curvar-se, assumir essas verdades historicamente construídas e ao mesmo tempo buscar estratégias de resistência, brechas possíveis".

Considerando o olhar teórico proposto nesta tese, optou-se pela não utilização de programas computadorizados – *software* – para a realização da análise. Esta escolha tem por base as características dos programas de análise qualitativa, que se apoiam na lexicografia básica, cálculo de frequência de palavras, codificação de segmentos, hierarquização dos conteúdos predominantes, dentre outros métodos (SCHLOSSER; FRASSON; CANTORANI, 2019), que se acredita não convergirem ao referencial teórico-analítico proposto.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos concernentes às pesquisas descrito na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) foram respeitados durante o desenvolvimento desta pesquisa. Inicialmente, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande e encaminhado para a Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Júnior (HU) para os trâmites de autorização. Após a apreciação pelas respectivas instâncias, o mesmo obteve parecer favorável, registrado sob o número 5.492.379, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 58273022.6.0000.5324 (ANEXO 1 e ANEXO 2).

Após a obtenção da aprovação e autorizações da Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande e da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Júnior, teve início o

processo de convite as enfermeiras e enfermeiros, médicas e médicos obstetras do Centro Obstétrico para participarem do estudo, considerando os critérios de inclusão e exclusão supradescritos. A forma de efetivação do convite e da entrevista seguiu as deliberações do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Júnior (HU) e demais órgãos competentes, considerando a condição vivenciada no contexto da pandemia do Coronavírus no município do Rio Grande, durante o período de coleta de dados proposto.

Como já descrito, no momento da realização da coleta de dados, foi esclarecido aos participantes quanto a importância do estudo, seus objetivos, justificativa, aspectos éticos e metodológicos, riscos e benefícios, sigilo dos dados e anonimado, e formas de divulgação dos dados. Também foi informado aos participantes que os mesmos poderão comunicar-se por e-mail, telefone ou pessoalmente (se sanitariamente adequado) com os responsáveis pelo estudo, através dos contatos fornecidos junto ao TCLE (APENDICE B). Não somente, foi esclarecido aos participantes sobre a garantia da liberdade para desistir da participação do estudo em qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma justificativa. Caso o participante manifeste este desejo, o pesquisador responsável enviará obrigatoriamente uma resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa em retirar seu consentimento, comprometendo-se com a não utilização dos dados e com a imediata retirada das respostas do banco de dados, com a incineração dos materiais físicos da entrevista ou exclusão dos dados coletados digitalmente.

A coleta de dados do estudo foi desenvolvida por meio da realização de uma entrevista aos participantes. Para que não houvesse nenhum risco físico envolvido na realização das entrevistas, foi considerada a condição vivenciada no contexto da pandemia do Coronavírus no município do Rio Grande, e seguidas integralmente as deliberações do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Júnior (HU) e demais órgãos competentes, no que se refere a coleta de dados para a pesquisa durante a pandemia. Caso não fosse possível a realização das entrevistas presencialmente, estas ocorreriam de modo online, não expondo os participantes a nenhum tipo de risco físico. Todavia, recebeu-se a autorização para realização da pesquisa de modo presencial, sendo mantidas medidas de segurança sanitária compatíveis com o momento da pandemia, o que incluiu o uso de máscara e *Face Shield* pelo doutorando. Para higienização

das mãos e utensílios, estava disponível álcool gel 70%, para serem utilizados pelo participante e pelo doutorando. Ao participante foi oferecida uma máscara cirúrgica descartável para ser utilizada durante a entrevista.

As enfermeiras, enfermeiros, médicas e médicos obstetras foram convidados a participar da pesquisa sem que ocorresse a identificação através de nomes ou demais informações que possam identificá-los. As entrevistas ocorreram em local em que cada um dos participantes se sentia seguro e confortável para falar sobre os temas abordados no estudo, e em que não houvesse a interferência de pessoas ou ruídos que possam comprometer o sigilo ou atrapalhar a qualidade do áudio, afetando sua clareza. Para assegurar o anonimato, as enfermeiras e enfermeiros participantes foram identificados pela letra “E”, seguindo de número da entrevista, em ordem crescente, exemplo: “E1, E2 ...”. Já as médicas e médicos obstetras participantes foram identificados pela letra “M”, seguindo de número da entrevista, em ordem crescente, exemplo: “M1, M2 ...”.

Após a análise dos dados, os mesmos foram arquivados em caixa lacrada, ficando sob a responsabilidade do pesquisador orientador do estudo, em armário fechado a chave localizado em sua sala de permanência na Escola de Enfermagem da FURG, e lá permanecerá por um período de cinco anos para que seja assegurada a validade do estudo e garantido a confidencialidade dos dados. Após esse período, os materiais físicos serão incinerados e as mídias digitais oriundas das gravações serão deletados.

5 RESULTADOS

Te busque en el armario, en el abecedario,
debajo de el carro, en el negro, en el blanco,
en los libros de historia, en las revistas y en la radio.
Te busque por las calle, En donde tu madre
En cuadros de Botero, en mi monedero
en dos mil religiones, te busque hasta en mis canciones
...
Shakira, “¿Donde Estás Corazón?”

Lançar-se à análise da governamentalidade engendrada por racionalidades, e como estas modulam a parturição através do governamento dos sujeitos, constituiu um desafio. Mesmo que o processo analítico tenha como conjunto de informações a serem apreciadas as falas dos profissionais de saúde, e que eles sejam produto e instrumento das mesmas governamentalidades que transpassam e produzem as parturientes por serem indivíduos da mesma sociedade, o fenômeno do parto vai além da visão destes profissionais.

Como versa Shakira, em “¿Donde Estás Corazón?”, para encontrar o que se procura, há de se explorar múltiplas possibilidades. E foi este o movimento necessário para efetivar a proposta desta tese, que, à luz das teorizações Foucaultianas acerca da governamentalidade (FOUCAULT, 2008a), permitiu visualizar distintos elementos presentes nas falas dos participantes, apresentados em três artigos: RACIONALIDADES DO PARTO: engendramentos dos saberes-verdades no governo dos profissionais de saúde; ATUAÇÃO PROFISSIONAL COMO INSTRUMENTO DA GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO: estratégias de governamento das parturientes; e, GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO EM MEIO A MALHA SOCIAL: engendramentos identificados por profissionais de saúde

5.7 ARTIGO 1

RACIONALIDADES DO PARTO: engendramentos dos saberes-verdades no governo dos profissionais de saúde

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, a parturição sempre foi considerada um evento relevante socialmente, representando mais do que a perpetuação da espécie, mas sim, uma transformação do papel social da mulher, da dinâmica familiar e das interações sociais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Concomitantemente ao nascimento da medicina moderna, concretizaram-se significativas modificações nas relações da humanidade com os fenômenos de saúde-doença, abarcando reformulação dos modos como a parturição era compreendida e conduzida (AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018).

Neste interim, compôs-se o arcabouço de saberes científicos que culminaram na concepção de uma nova ciência: a ginecologia e obstetrícia (SERRA; BATALHA, 2019). O conhecimento constituindo neste período, ao qual se atribuía o status de verdade (FOUCAULT, 2008a), outorgou aos que o dele tinham posse – os médicos – uma autoridade institucional, que aos poucos foi legitimada moral e socialmente (SERRA; BATALHA, 2019).

O desenvolvimento da ginecologia e obstetrícia ocorreu num momento histórico de grande preocupação com os comportamentos femininos, direcionando o desenvolvimento de ações que visavam a redução da mortalidade infantil, ampliação da mão de obra producente e construção de uma sociedade dócil (FOUCAULT, 2006b). Neste sentido, edificaram-se meios que validassem a forma de parir concatenada pela ginecologia e obstetrícia, com ênfase na assistência médico-hospitalar, e com a promessa de um parto científico, limpo, higiênico e seguro, caracterizado por rotineirizações, práticas profiláticas e controle físico e psíquico da parturiente (SILVA, et al, 2019).

Os saberes e verdades científicas que embasam esta forma de parir, pulverizaram-se meio a sociedade, modulando os discursos e a assistência à medida que ganharam forças os enunciados de patologização do parto. Como resposta a estes constructos, múltiplas intervenções médicas foram inventadas para corrigir e disciplinar os corpos das parturientes, modulando os significados

do risco e do medo em relação ao parir, projetando-se como as verdadeiras soluções para trazer segurança e reduzir o potencial de complicações (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019).

Os discursos verossímeis desenvolvidos ao longo da consolidação da ciência da ginecologia e obstetrícia compuseram uma intelecção das práticas envoltas na parturição, que, ao se difundirem no meio social, passaram a ser introjetadas e, posteriormente, revelar-se com naturalidade e automatismo nos modos de ser e agir, prescrevendo condutas e regulando comportamentos. O efeito produzido sobre o comportamento social permite inferir que este conjunto de saberes e verdades que constituíram uma lógica inteligível, cientificizada e moralmente aceita sobre a parturição, compuseram uma racionalidade. A racionalidade pode ser compreendida como fragmentos da realidade no qual o indivíduo está incorporado, que induz efeitos de real específicos sobre as práticas sociais inscritas no cerne de relações, delineando a forma como eles dirigem, governam e conduzem aos outros e a si mesmos, sempre concatenados com a força que a verdade possui (FOUCAULT, 2001).

Entretanto, a racionalidade não é estática ou permanente. Ela está ininterruptamente sendo (re)modulada e (re)construída por meio das dinâmicas das relações sociais e através dos saberes que emergem da sociedade e que são tidos como verdades, fazendo com que elas sejam sempre fugazes e temporárias (SILVA, 2018). Assim, a partir da segunda metade do século XX, ganhou força a construção de novos saberes e verdades científicas acerca da parturição, sedimentados na perspectiva do profissionalismo médico-científico e, posteriormente, da Medicina Baseada em Evidências, que passaram a ser difundidos socialmente por meio de discursos, senso naturalizando e gerando automatismo nos modos de ser e agir ao prescrever condutas e comportamentos. Suas características discursivas enunciam a valorização da fisiologia corporal, o estabelecimento de critérios técnico-científicos para apoiar as decisões assistenciais e a não realização de intervenções desnecessárias, além da valorização dos aspectos emocionais e sociais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), engendraram gradativamente uma nova racionalidade do parto.

Mesmo com sua gênese e pragmatismo, esta nova racionalidade do parto não anulou os saberes-verdades presentes nos discursos potentes da

racionalidade anteriormente constituída, tornando-as coabitantes do contemporâneo, o que gera intensa polarização dos indivíduos envoltos na parturição (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Na atualidade, estas duas racionalidades produzem complexas redes discursivas multidirecionadas que se assemelham em sua força, mas se repelem em seus sentidos, transpassam os corpos de mulheres-parturientes e profissionais de saúde, capturando-os nas dimensões da razão, do intelecto e da moralidade. Entretanto, não se trata de uma relação de sobreposição ou hierarquia, mas sim, de relações de forças insipientes e instáveis, tencionadas pelos antagonismos discursivos voláteis. Ou seja, é no âmago da ação de parir e dos ciclos de vida que antecedem e sucedem esse momento, que as verdades que sustentam as racionalidades se enfrentam, conflitam, descontinuam, resistem e engendram estratégias para a condução das condutas.

Considerando os elementos apresentados, questiona-se: quais os mecanismos, estratégias, engrenagens e instrumentos substancializados pelos saberes-verdades congruentes as racionalidades acerca do parto, direcionam e controlam as condutas dos profissionais de saúde envoltos na assistência a parturição? Alinhado ao exposto, este estudo tem como objetivo identificar os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que conduzem as condutas dos profissionais de saúde durante o parto.

METODOLOGIA

Este estudo possui uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, tendo como referencial teórico-analítico as teorizações Foucaultianas sobre a racionalidade e seus efeitos sociais (FOUCAULT, 2008a). Este processo pauta-se nos elementos das racionalidades, seus engendramentos e antagonismos, e no modo como suas respectivas tecnologias de governamento, advindas da produção do saber e das suas articulações com as relações poder, corporificam-se nos sujeitos por meio da subjetivação, levando a condução das condutas (KROETZ; FERRANO, 2019).

O cenário deste estudo foi o Centro Obstétrico (CO) de um Hospital Universitário no sul do Brasil. O HU é um hospital público que integra a rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde e o patrimônio da União, tendo como finalidades a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. Caracteriza-

se como um hospital de médio porte com 231 leitos, tendo 28 leitos dedicados exclusivamente para o atendimento obstétrico de baixo e alto risco, na modalidade de alojamento conjunto. O CO é composto por duas salas de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP), três salas de cirurgia obstétrica, duas salas de atendimento/reanimação do recém-nascido (RN), uma sala de banho para o RN, uma sala para observação, uma sala de recuperação pós-anestésica, além de outros ambientes logísticos, funcionais e de retaguarda. O setor funciona 24 horas/dia, de forma contínua.

Participaram 24 profissionais de saúde de nível superior que atuam diretamente na assistência ao parto, correspondendo ao universo total de indivíduos destas categorias atuantes neste setor, não havendo perdas ou recusas. A equipe de enfermeiras(os) que atua nesse espaço é composta por 10 profissionais, distribuídos em quatro turno de trabalho: manhã, tarde, noite I e noite II, sendo que a noite a jornada de trabalho é de 12/36 horas. Dos 10 participantes, nove são do sexo feminino e um é do sexo masculino; suas idades variaram de 26 anos, até 53 anos; e, seis possuem especialização/residência na área de enfermagem obstétrica. Já a equipe de médicas(os) obstetras é composta de 14 profissionais, distribuídos em turnos de trabalho de 4, 8, 12 ou 24h, de modo a permanecerem sempre dois profissionais médicos no Centro Obstétrico. Dos 14 participantes, 12 são do sexo feminino e dois são do sexo masculino; suas idades variaram de 31 anos, até 56 anos; e, todos possuem residência médica na área de ginecologia e obstetrícia.

Foram inclusos as(os) enfermeiras(os), e as médicas(os) obstetras que atuam neste ambiente há um período igual ou superior que seis meses, que não estavam de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da coleta de dados. Durante a produção dos dados, utilizou-se como critério de exclusão ser folguistas ou feristas; ser médica(o) residente; e ser enfermeira(o) ou médica(o) obstetra que estava de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da coleta de dados ou que estavam atuando em homeoffice. O critério idade não foi utilizado como critério de exclusão.

A produção dos dados de deu por meio de entrevista semiestruturada, realizadas durante o mês de julho de 2022, com questões que abordaram as dimensões do status social e profissional do saber científico, a produção e circulação de saberes e verdades, os processos de subjetivação e os

mecanismos, estratégias, engrenagens e instrumentos substancializados pelos saberes-verdades congruentes as racionalidades. As entrevistas foram efetivadas exclusivamente pelo primeiro autor do manuscrito. O entrevistador é do sexo masculino, possui graduação em enfermagem e mestrado em enfermagem/saúde, tendo experiência na produção de dados por meio de entrevistas. O mesmo atua como enfermeiro na mesma instituição hospitalar em que se localiza o CO cenário do estudo, porém, em setor distinto dos participantes. Nenhum dos participantes possui relação ou vinculação com o entrevistador. O desenvolvimento do referencial teórico-analítico do manuscrito precedeu a realização das entrevistas. Assim sendo, no momento da produção das falas, o entrevistador estava familiarizado com as teorizações que embasaram a construção do roteiro de entrevista semiestruturada, e a posterior análise.

As entrevistas ocorreram nos dias e horários agendados com os participantes, após o contato prévio e avaliação dos critérios de elegibilidade. Foram empregadas perguntas abertas sobre a temática, tendo as entrevistas duração aproximada de 40 minutos. Estas foram gravadas com a autorização dos participantes. A entrevista foi realizada uma única vez com cada participante, sendo que estes não tiveram acesso ao conteúdo das perguntas antes da realização da mesma. O critério de saturação dos dados não foi utilizado em virtude da participação do universo total de profissionais do setor, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

Após a conclusão das entrevistas estas foram transcritas, sendo efetivada a correção linguística, com revisão do vocabulário, da gramática e dos vícios de linguagem presentes nas falas e, sequencialmente, foi procedido o tratamento dos dados, tendo como ferramenta analítica a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a). Compõe olhar analítico pautado na governamentalidade a investigação do eixo de articulação entre o saber, os instrumentos e a população-indivíduos, correspondendo estes, respectivamente, aos engendramentos do saber-poder; as ferramentas e maquinarias usadas na/para a positividade do saber-poder; e, o indivíduo-objeto a ser sujeito. A análise considera as relações de poder em suas múltiplas direções e emergências em práticas discursivas e não discursivas; o processo de problematização das técnicas utilizadas socialmente para condução das condutas, em interface ao saber-verdade e racionalidade; e,

a constituição de enunciações e enunciados de poder, suas viabilidades e suas visibilidades, em especial, no âmbito da (KROETZ; FERRANO, 2019).

Considerando o olhar teórico proposto nesta tese, optou-se pela não utilização de programas computadorizados – *software* – para a realização da análise. Esta escolha tem por base as características dos programas de análise qualitativa, que se apoiam na lexicografia básica, cálculo de frequência de palavras, codificação de segmentos, hierarquização dos conteúdos predominantes, dentre outros métodos (SCHLOSSER; FRASSON; CANTORANI, 2019), que se acredita não convergirem ao referencial teórico-analítico proposto.

Os aspectos éticos concernentes às pesquisas descrito na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) foram respeitados durante seu desenvolvimento. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrado sob o número 5.492.379, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), número 58273022.6.0000.5324. Para assegurar o anonimato, as(os) enfermeiras(os) participantes foram identificados pela letra “E”, seguindo de número da entrevista, em ordem crescente. Já as(os) médicas(os) obstetras participantes foram identificados pela letra “M”, seguindo de número da entrevista, em ordem crescente. A todos os participantes foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a justificativa, os aspectos éticos e metodológicos, os riscos e benefícios, e demais elementos pertinentes, formalizado por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Ao longo do processo analítico, à luz das teorizações Foucaultianas acerca da racionalidade e seus efeitos sociais (FOUCAULT, 2008a), foram constituídas três categorias: Verdades que conduzem ao intervencionismo: Maquinarias de manutenção da racionalidade histórica; Racionalidade Humanizadora do parto: Novos direcionamentos das verdades para condução das condutas; e, A coexistência de duas racionalidades: modulações na condução das condutas.

VERDADES QUE CONDUZEM AO INTERVENCIONISMO: Maquinarias de manutenção da racionalidade histórica

Alguns saberes que possuem ou possuíram o status de verdade ao longo da historicidade da ciência obstétrica, os quais foram sustentáculo científico da assistência, de políticas de saúde pública e instruções técnicas que atualmente são consideradas total ou parcialmente obsoletas, permanecem como condutores das condutas de profissionais, embasando práticas assistenciais hegemônicas prescritas por verdades não mais verdadeiras. Esta revela que os saberes-verdades compuseram uma racionalidade que valorizava as interferências, controle, direcionamentos e dominação sobre o corpo parturitivo, denominável como racionalidade intervencionista, que segue naturalizada em virtude de sua incorporação histórica no governamento dos indivíduos, com ênfase a medicalização do corpo patologizado, mesmo encontrando contraponto nas modulações ou refutações advindas de outras verdades científicas contemporâneas.

> Muitos profissionais iniciaram suas carreiras num momento em que fazer certas práticas que hoje não são preconizadas, era indicado e rotineiro. [...] deixar de fazer certas ações que estão incorporadas no dia a dia há 10, 20 anos, é algo bem difícil. As coisas são feitas no automático, porque é algo muito natural. [...] até mudar a forma de trabalho leva muito tempo, porque isso já faz parte da linha de raciocínio. (M6)

> Ao longo das últimas décadas mudou muita coisa na obstetrícia. [...] mas no mesmo plantão você têm profissionais que ainda pensam como em 1990 e que fazem intervenções tecnicamente desnecessárias, como se a mulher precisasse tratar uma doença, e outros que tem uma conduta completamente compatível com a ciência atualmente. [...] Profissionais que têm clareza de que boa parte das condutas de 1990 são contra indicadas hoje em dia (E2)

A atuação profissional caracterizada por conduções de condutas voltadas a subalternidade e obediência das parturientes, bem como, a práticas de múltiplas intervenções e controles de condutas que atualmente são consideradas tecnicamente injustificadas, advém da subjetivação destes aos regimes de verdades que compuseram historicamente a ciência da obstetrícia enquanto parte da biopolítica vigente, e deram origem a uma assistência disciplinada e disciplinadora. A vigência desta racionalidade parece associada a contínua prescrição, sedimentação e rotinização de práticas intervencionistas e de docilização e utilidade do corpo que pari, a qual os profissionais foram expostos por anos, retroalimento o status de verdade científica a estes saberes, compondo um regime de verdades, mesmo diante da existência, difusão e força de outros saberes-verdades com sentidos opostos.

> Eu vejo que mesmo com a informação científica atual, tendo os protocolos assistenciais bem detalhados nas políticas públicas de se deve agir, tem muita intervenção que acontece sem necessidade, mas porque os profissionais estão acostumados a intervir. [...] a lógica do intervencionismo prevalece (E5)

> [...] foram anos e anos em que certas práticas eram corretas. O “certo” era fazer. Elas estavam incorporadas no trabalho e era o que se via se tu fosses num evento, num congresso, num curso. [...] (M2).

A racionalidade intervencionista também se revela na arquitetura sistemática resultante dos mecanismos prescritivos quando à composição física do ambiente em que ocorre a assistência ao parto, idealizada para melhor vigiar e controlar os corpos. O componente estrutural do centro obstétrico é pensando para o atendimento de partos de alto e de baixo risco, sendo que os primeiros frequentemente requerem intervenções e maior controle do corpo e das condutas da mulher, já os do segundo tipo não suscitam interferências rotineiras. Esta conformação se revela como uma tática que insidiosamente suscita, estimula e sedimenta a intervenção e o controle baseado na verdade pertencente a este território, que se torna automatizada, protocolar e naturalizada, mesmo quando não se faz tecnicamente necessária.

> A questão da intervenção é algo muito forte. [...] indiretamente tudo que existe de aparato, instrumentos, de tecnologia ali disponível, de certa forma te induz a intervir [...] tudo que está ali disponível é para situações específicas. Existe o momento certo e o motivo certo para usar. Só que ao longo das horas que ocorre a progressão do trabalho de parto, o profissional precisa aguardar [...] É como se a gente ficasse “ocioso”. Como se não estivesse fazendo o que precisa ser feito para o nascimento acontecer. (M13)

> O fato dos partos de risco habitual e do alto risco acontecerem no mesmo local e com os mesmos profissionais, faz a gente pensar o tempo todo como se fosse um parto de alto risco. [...] alguns procedimentos acontecem automaticamente só por isso, mesmo não tendo necessidade. É como se fosse um protocolo [...] (E7).

A ênfase do estudo dos processos parturitivos disfuncionais durante a formação profissional é apresentada como elemento para perpetuação da racionalidade intervencionista. Este centra-se nas verdades que patologizam o corpo e os comportamentos da mulher e nas respectivas terapêuticas corretivas, em detrimento dos saberes-verdades acerca da assistência sem predomínio de intervenções. Com isso, há o disciplinamento profissional para a manutenção do biopoder, por meio das práticas de vigilância, controle e medicalização.

> [...] de certa maneira a formação faz com que o parto intervencionista permaneça em destaque ou seja, ela se sobrepõe mentalmente. Num

> parto de risco habitual e sem intercorrências não tem motivo pra intervir. Mas essa informação corresponde a uma fração mínima de tudo que um obstetra precisa saber. A gente enquanto médico não pode saber só isso. Muito pelo contrário. Toda ênfase é para as complicações, para intercorrências e para como agir. 95% do que a gente estuda e ensina são as complicações e as intervenções necessárias. [...] se torna automático pensar muito mais na intervenção do que no transcorrer que seria natural para o parto (M9)

> As classes profissionais têm formações muito distintas sobre o parto. Têm profissionais no início de carreira que mal ouviram falar de métodos não farmacológicos de alívio da dor, que são preconizados, úteis e seguros, mas que, no momento que a mulher interna, já indicam ocitocina, já restringem ela no leito, essas coisas. Ou seja, a formação é muito voltada pra intervenção. (E3)

RACIONALIDADE HUMANIZADORA DO PARTO: Novos direcionamentos das verdades para condução das condutas

Profissionais que atuam na assistência ao parto revelam que o arcabouço de conhecimentos científicos que embasam as práticas denominadas como humanizadoras também compuseram uma rede de inteligibilidades portadoras do status de verdades, concatenando-se em racionalidade. Esta é pulverizada social e profissionalmente por meio de táticas prescritivas para a condução das condutas, concomitantemente a refutação das verdades intervencionistas, que ganham circulação discursiva nas três últimas décadas por meio de biopolíticas traduzidas em políticas da saúde pública voltadas ao corpo coletivo da população que vive o ciclo gravídico-puerperal.

> O conhecimento que embasa as condutas para humanização do parto veio realmente para substituir aquelas condutas que era empíricas, que não tinham embasamento nenhum. É como se do final dos anos 90 a ciência virasse a página e reescrevesse o que é uma obstetrícia científica [...] Não é uma questão de escolha do profissional, mas uma questão de adequação. [...] (E10)

> A forma como trabalhamos tem direcionamento das políticas públicas. A informação chega na gente por meio das políticas ou leis direcionadas pro parto. Nós temos condutas clínicas que são compatíveis com o que é certo atualmente. [...] E eu falo isso do atualmente, porque as coisas mudam. Quando eu fiz residência há mais de 20 anos, o “ideal” era fazer episiotomia em todas as pacientes. Mas essa não é mais a verdade. Ela se transformou e todos aqui têm acesso a essa informação. [...] Todos precisam realizar uma assistência com embasamento científico a cada parto (M4)

O modo como estão formatados os discursos verossímeis presentes nas políticas de saúde pública voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, se caracteriza por dar destaque a saberes-verdades que legitimam a ‘melhor’ e ‘mais cientificizada’ forma de conduzir e controlar o corpo parturitivo. Enquanto

biopolíticas que são engendradas pela racionalidade humanizadora, elas são

convertidas estrategicamente em anátomo-políticas para a subjetivação e disciplinamento dos profissionais.

> [...] o que se tem por melhores práticas assistenciais no parto é algo bem sólido. Não é algo empírico ou baseado em algumas poucas experiências. A produção científica que embasa os manuais e políticas públicas é algo inquestionável mundialmente. [...] temos acesso a isso rotineiramente, nos artigos, nos congressos, nas capacitações [...] (E9)

> [...] o parto hoje é um parto científico. Os profissionais de saúde que atuam no parto têm conhecimentos claros de como proceder, seja pra não intervir sem necessidade, ou pra decidir o momento ideal de intervir. [...] é como se fossem regras assistenciais. Os protocolos que têm que ser seguidos aqui dentro estão alinhados com o que é preconizado. (E7)

A naturalização das condutas assistenciais engendradas à racionalidade humanizadora também é resultante do processo formativo profissional, quando este enfatiza as biopolíticas contemporâneas e fundamentam academicamente didáticas de subjetivação ao conjunto de verdades que as sustentam, enquanto refutam e rejeitam saberes relacionados a racionalidade intervencionista. Envolto em relações de poder-saber com objetivo pedagógico-formativo, o profissional em formação é vigiado, moldado, docilizado e potencializado de modo a se tornar socialmente funcional e autovigilante, ao mesmo tempo que se anuncia como vigia e condutor de condutas igualmente subjetivadas.

> Isso vem desde a formação. Quase todos os profissionais que atuam hoje em dia se formaram já sob vigência do PHPN [Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento], ou eram formados há pouco e buscavam se atualizar. Então seria improvável encontrar alguém que não seja familiarizado com o PHPN ou com a Políticas de Humanização e com todas as demais orientações que vieram fortalecendo o Programa. (E1)

> já na faculdade e durante a residência a gente consegue ter bastante clareza de toda ciência que tem por trás da assistência, o que realmente deveria ser feito, e as coisas não ideais que vemos outros profissionais fazendo. A maneira como vemos os outros profissionais trabalhando, e o próprio desfecho dos casos vai deixando isso mais claro. Então a linha de raciocínio a seguir vai se tornando óbvia. (M12)

Elementos do arcabouço legislativo, como a Lei que garante à mulher a presença de acompanhante durante o Pré-parto, Parto e Puerpério, revelam-se como estratégia engendrada a racionalidade humanizadora, visando a normatização de condutas. A inclusão de outros indivíduos escolhidos pelas mulheres em meio a dinâmica social do parto, para além dos profissionais, é mencionada como tática de governo das formas de agir, com efeito regulador

sobre parturientes e profissionais. Essa aproximação de sentido entre Lei e norma está atrelada ao status de verdade, que é atribuído aos saberes cientifizados que destacam as potencializações das funcionalidades do corpo parturitivo, imputadas a presença de acompanhante.

> [...] só de haver uma lei que garante para a mulher que ela não vai estar sozinha na sala de PPP [Pré-parto, Parto e Puerpério], que vai ter um acompanhante que ela escolheu, muitas intervenções não acontecem. [...] é como se o acompanhante auxiliasse e protegesse a mulher. [...] Ela ganha “mais uma voz”. Fora as vantagens pra evolução do parto [...] (E6)

> A própria questão de ter um familiar ali, seja o marido, a mãe, a irmã, enfim, alguém, tem muitos feitos positivos na fisiologia do parto [...] faz com que os médicos e a enfermagem tenham uma relação mais horizontal e intervenham menos nas mulheres. [...] Menos procedimentos são feitos nelas quando tem acompanhante. Menostoque vaginal, menos episiotomia [...]. Mas a mulher colabora mais quando tem acompanhante. Muitos estimulam a obedecer ao que a gente pede. (E9)

As transformações estruturais no ambiente/território de assistência ao parto, que ocorreram no mesmo momento histórico de valorização dos saberes-verdades engendrados a racionalidade humanizadora, são destacadas como constituintes do governamento das práticas profissionais. O próprio direcionamento para a reorganização da arquitetura sistemática das salas de parto aparece como resultante do processo social da atribuição do status de verdade aos saberes cientificizados que engendram a racionalidade humanizadora.

> Antigamente as salas de pré-parto não eram as mesmas usadas como salas de parto. Conforme o trabalho de parto fosse progredindo na sala de pré-parto, que era uma sala para várias mulheres, era necessário manipular o corpo da mulher e tocar [realizar o toque vaginal] de maneira bem mais frequente, para não passar do momento certo de ir pra sala de parto e o bebê não nascer no lugar errado. Só que a sala de parto erauma só. Se mulher que fosse pra essa sala tivesse a progressão numa velocidade que pudesse comprometer o uso da sala pelas outras, era comum fazer procedimentos para acelerar o processo. [...] mas era uma necessidade, num momento que era muito natural fazer episiotomia e usar ocitocina em várias mulheres, e que essa questão de “humanização” era algo meio utópico e até visto como inoportuno. [...] como as salas de hoje em dia são de PPP [Pré-parto, Parto e Puerpério], não existe mais o controle da velocidade da progressão do parto tendo como preocupação o uso da sala [...] a própria estrutura das salas de parto atuais é resultado da lógica da humanização (M10)

A COEXISTÊNCIA DE DUAS RACIONALIDADES: modulações na condução das condutas

Os resultados apresentados nas duas categorias anteriores revelam predileções do governamento das condutas, sustentadas pelas verdades da racionalidade intervencionista ou da racionalidade humanizadora. Entretanto, por ser o contexto assistencial constituído por relações de poder entre indivíduos transpassados e subjetivados a diferentes racionalidades, a dinâmica das relações sociais que ocorrem no centro obstétrico é caracterizada por jogos conflitivos de sobreposições das verdades que coexistem. Uma dualidade de saberes-poderes que intentam exercer domínio, assumindo assim a condução das condutas.

> No dia a dia gera uma certa tensão. As vezes até discussão, por que tem gente querendo fazer coisas que não tem necessidade. Várias coisas, na verdade. De chegar à mulher em trabalho de parto e já querer por ocitocina. Ou de ficar repetindo toque vaginal com um intervalo que não tem necessidade. Fazer episio [espisiotomia], romper a bolsa cedo, [...] A gente tenta evitar. Questiona. Diz que não tem necessidade de fazer isso agora. Daí gera o embate, cara feia, piadinha. Ficam argumentando que precisa fazer. [...] É como se fosse uma queda de braço, só que o que a gente quer é que a mulher saia ganhando. [...] que não sejam feitas coisas no corpo dela que não tem necessidade. (E4)

> Quando tem gente adotando condutas intervencionistas desnecessárias gera um desconforto que todos percebem, mas não gera um embate em si todas as vezes. [...] mas de maneira “educada”, quanto é possível interferir e impedir que certas condutas obsoletas aconteçam, a gente interfere. (E7)

Concomitantemente a circulação discursiva das verdades concatenadas a racionalidade intervencionista ou humanizadora, emergem movimentos de resistência. Estes originam linhas de escape que viabilizam a insubordinação ao conjunto de saberes que, em meio a racionalidade a qual o indivíduo está subjetivado, não gozam do status de verdade. Faz-se necessária a criação de novas táticas em meio as relações de poder, para que diante das investidas de forças singelas e insidiosas, haja a contraconduta.

> [...] tanto num sentido de fazer procedimentos desnecessários, como de não fazer. A gente acaba “engolido” em meio da correria do trabalho, porque a pressão vem de todos os lados. [...] pra não ser “engolido” precisa ter muito conhecimento para poder questionar a conduta antes da intervenção acontecer. [...] ou você se impõe profissionalmente, diz o que é o certo e tenta fazer as coisas se manterem dentro do certo, ou você se submete ao que os outros estão mandando e acaba vendo a mulher ser submetida é vários procedimentos que acabam prejudicando. (E2)

> A situação clínica das parturientes acaba sendo uma informação que não fica restrita somente ao obstetra A ou ao B. [...] A forma como você

> conduz o caso fica em evidência. Todos ali sabem o quão condizendo com o preconizado aquilo está sendo feito. [...] mas vai ter gente que vai tentar interferir na tua conduta. Vai dar “dicas”. Te estimular a fazer certas coisas [...]. Acaba sendo necessário ter aquele “jogo de cintura”. (M7)

Os tensionamentos pró ou contra o intervencionismo ou a humanização, transpassam os profissionais de saúde por meio dos discursos, dos comportamentos dos indivíduos e da dinâmica assistencial. A força das verdades de cada um dos polos desta dualidade, engendra maquinarias específicas de condução das condutas, construindo contextos assistenciais intervencionistas ou humanizados. O trânsito dos profissionais em meio aos constructos sociais arquitetados por verdades distintas exige do indivíduo a adaptabilidade de suas condutas, estabelecendo um governo de si que não está engajado exclusivamente a dimensão de verdades cientificizadas que sustentam a inteligibilidade central da racionalidade ao qual está subjetivado. Mas sim, por meio dos atravessamentos de outras racionalidades e suas verdades, dentre elas, os referentes a dimensão econômica, no âmbito do Sistema Único de Saúde ou do Sistema Suplementar.

> [...] nós temos duas lógicas de pensar o parto que são bem distintas. A primeira é a lógica do parto tecnológico, em que a cesárea é o se destaca. Não é à toa que tem profissional fora do SUS que trabalha só fazendo cesárea, e com as pacientes totalmente satisfeita com isso. Já a outra é a lógica do parto com menos intervenções, mais fisiológico. [...]. Mas dentro dos COs [Centros Obstétricos] do SUS [Sistema Único de Saúde], a maioria dos médicos também trabalha pra convênios e particular em outras instituições. [...] num dia ele quando tá no SUS, dá uma “freada” nas intervenções, pois se trabalha com os critérios do Ministério da Saúde. Não dá pra fazer cesárea sem indicação. No outro, ele faz intervenções rotineiramente, principalmente cesárea, quando o atendimento é por convênios ou particular. [...] dá pra dizer que num dia o “ideal” é uma coisa, no outro dia o “ideal” é completamente diferente. São duas realidades diferentes [...]. O médico se adapta. Adapta sua conduta pro que é o “certo” no lugar onde tá atendendo. Na verdade, toda a equipe se adapta. [...] (M5)

> Existe uma interferência forte de uns profissionais sobre os outros em relação as condutas. Ela as vezes não é explícita, mas está lá. (M14)

O conjunto de estratégias e maquinarias das racionalidades envoltas a parturição, caracterizada por modulações na forma como a assistência ocorre, ora concatenada as verdades da racionalidade intervencionista, ora da racionalidade humanizadora, são destacados por seu caráter positivo sobre o governamento dos indivíduos. A existência dos tensionamentos parece ser útil

para o componente Governamental, pois retroalimenta a implementação de táticas de subjetivação dos profissionais e, consequentemente, de potencialização das funcionalidades do corpo parturitivo, com enfoque a valorização das verdades engendradas a racionalidade humanizadora. Têm-se como objetivo final a geração de indivíduos saudáveis e que posteriormente sejam úteis à sociedade.

> Existe uma lógica social por trás de tudo isso. Não é à toa que os profissionais de saúde trabalham na obstetrícia. Não é só essa questão romantizada de cada nascimento. Tem um sentido social muito maior. Mas não social só num nível individual, de cada parto. Social num sentido ampliado. Que os partos originem crianças saudáveis e mães sem complicações, que se mantenham com saúde [...]. Então essa coisa de intervir ou não intervir tem como função isso, em relação a saúde da mãe e da criança. [...] De saber qual lógica seguir pra quê no final dê certo. (M1)

DISCUSSÃO

O arcabouço de verdades que foram desenvolvidas ao longo da consolidação da ciência da ginecologia e obstetrícia durante os séculos VIII, XIX e parte do século XX, compuseram uma intelecção das práticas envoltas na parturição, que ao se difundirem no meio social, passaram a ser introjetadas e, posteriormente, revelaram-se com naturalidade e automatismo nos modos de ser e agir, prescrevendo condutas e regulando comportamentos dos profissionais de saúde, das parturientes e da sociedade envolta no contexto da parturição (SILVA, et al, 2019). Este complexo conjunto pode ser denominado como racionalidade, que produz efeitos específicos enquanto fragmentos da própria realidade, sendo constituintes do direcionamento da condução das condutas no âmbito individual e coletivo, entrelaçados as dimensões do saber e da verdade (FOUCAULT, 2008a).

O saber que possui o status de verdade, constitui-se de uma tecnologia que viabiliza o governamento através do poder, tornando possível moldar, instrumentalizar e normalizar a conduta de cada um dos indivíduos e das coletividades (FOUCAULT, 2008a). É o saber aditivado de verdade que traz inteligibilidade à racionalidade, forjando a possibilidade de interferir efetivamente sobre a sociedade de modo a guiá-la para melhores condições de subsistência (FOUCAULT, 2014b).

Dentre outras possibilidades, a gênese do saber-verdade no campo da ciência, se dá por meio da atividade laboral e cognitiva dos indivíduos e que

estes estão ininterruptamente imersos em relações de poder tensionadas por racionalidades (FOUCAULT, 2014b). Ou seja, desenvolver saberes-verdades científicas é revelar ao mundo algo inteligível já alinhado com as racionalidades, num campo de poder-saber, sejam estes convergentes ou divergentes com outros saberes (FOUCAULT, 2012b).

O processo de produção de saberes-verdades se deu a medida em que a natureza humana foi detalhadamente objetivada, dissecada e esquadrinhada, no âmbito social e anatomofisiológico (FOUCAULT, 2011b). Ao longo desta historicidade secular, o conjunto de verdades descreviam o parto como um evento disfuncional nos âmbitos biológicos e sociais, como resultado da fragilidade, incapacidade e incompetência feminina em controlar o próprio corpo, suas emoções e suas relações sociais. Modulava-se, na capilaridade social, o que era parir, como uma ação patológica ou organicamente disfuncional a ser medicalizada e corrigida, que exigia de quem presta a assistência uma atuação verdadeiramente segurança, mas que em termos práticos, é mecanizada, tecnicista, intervencionista e, ao mesmo tempo, ciclicamente pedagógica (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Seu advento e capilarização também possuem forte viés de gênero, demarcando os processos de sujeição e submissão das mulheres ao saber masculino e as perspectivas do patriarcado (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

Para adentrar o campo discursivo e se manter circulante sob o status de verdade, o saber se insere em um campo conflitivo em contraste a outros saberes, até que haja um acordo entre as partes, e um dos polos saia nominado como verdade. (FOUCAULT, 2005). Porém, este acordo que encerra o conflito altera a dinamicidade existente entre o conhecimento que segue nominado de saber, em relação ao conhecimento que passa a possuir o status de verdade (FOUCAULT, 2008c). O saber que recebe o título de verdadeiro passa a exercer domínio sobre a outra parte (FOUCAULT, 2005).

O domínio de uma verdade sobre a outra relaciona-se ao regime de verdades, que é sempre concatenada a uma realidade específica em que a verdade é produzida, sustentada e se torna elemento estratégico indispensável aos engedramentos de vários tipos de relações de poder que se materializam no interior da sociedade (FOUCAULT, 2008a), como é o caso dos saberes obstétricos (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Neste processo, os indivíduos

relacionados com a sua produção e enunciabilidade precisam ser qualificados de uma certa maneira, gozando de credibilidade moral e social. Ao inclinarem-se diante da própria verdade que anunciam, estes indivíduos subjetivados passam a operar nos vetores de força que tais verdades engendram, tornando-a presente e funcional nas malhas sociais (FOUCAULT, 2008a).

Como constituinte abarcado pela dimensão da verdade que engendra poderes exercidos sobre a vida e voltados à gestão da vida – Biopoderes, tem-se os demais aparatos que lhe conferem funcionalidade, como a norma. Ela corresponde a métricas que servirão como parâmetro balizador da condução das condutas de modo comparativo aos padrões biológicos – ou biopsicossociais – considerados aceitáveis. Ou seja, os governamentos exercidos como práticas de Biopoder administram um conjunto de processos vitais e naturais com julgamentos defrontados a norma (FOUCAULT, 2008a). As normas historicamente produzidas relacionadas ao parto (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), reforçaram discursos patologizantes, alterando paulatinamente a relação dos indivíduos com seu próprio corpo e com a sociedade, bem como, os modos como as práticas assistenciais se tornaram hospitalocêntricas e intervencionistas (FOUCAULT, 2011b).

A institucionalização do parto está relacionada a elaboração da norma e ao exercício do poder disciplinar, incluindo práticas que visam impor uma relação de docilidade-utilidade ao corpo, por meio do controle minucioso de suas operações, ações e funcionalidades (FOUCAULT, 2014b). O processo institucionalização do parto, ocorrida ao longo dos séculos XVIII e XIX, está atrelado a reconfiguração do papel social do hospital, que deixa de ser um local de exclusão social e passa a atuar no campo da proteção e cura da saúde dos indivíduos. Para tanto, este ambiente-território reorganizou-se arquitetonicamente e nas suas dinâmicas interacionais, desenvolvendo técnicas eficazes (FOUCAULT, 2013a), tais como a vigilância contínua, os registros dos eventos e práticas, e o controle de todas as nuances deste processo e não somente do resultado (FOUCAULT, 2008c), tendo como imperativo as verdades científicas médicas enquanto ato de autoridade (FOUCAULT, 2010e, p. 180). Este contexto é destacado pela literatura como influente na perpetuação de práticas médicas hegemônicas, que efetivam a condução das condutas em prol das interferências sobre a fisiologia corporal (SANTOS, et al, 2022), através do

ordenamento e padronização ambiental voltadas ao controle total sobre o corpo que pari (LEAL, et al, 2021).

A perpetuação do conjunto de discursos, verdades, regramentos e normatizações delinearam constructos bem delimitados de concepções e práticas, e permitiram a construção do que contemporaneamente pode ser compreendido como um modelo assistencial (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). O modelo que versa favorável a intervenções e procedimentos de condução das condutas e de interferência e controle dos processos fisiológicos corporais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), foi entendido por décadas como pertencente ao campo da neutralidade, por apoiar-se em estratégias discursivas cientificizadas (FOUCAULT, 2012b).

Esta característica é retroalimentada por meio das verdades que adentram o campo da formação dos profissionais que provém a assistência ao parto, visto que estas têm papel estruturante para a constituição profissional (SENS; STAMM, 2019). Entretanto, o Brasil segue uma tendência reprodutivista na formação obstétrica, que ainda é fortemente tipificada pela aprendizagem de técnicas de esquadrinhamento, observação e vigilância, pela projeção de um olhar patologizador dos processos fisiológicos, e pela ênfase às práticas, procedimentos e intervenções correspondentes ao controle hegemônico sobre o corpo parturitivo (MAUADIE, et al, 2022). Frente a este contexto, estratégias biopolíticas vêm sendo implementadas com vistas a projeção discursiva e performática de novas práticas assistenciais, abarcadas pela denominação de humanização do parto (BRASIL, 2017).

O advento de discursos acerca da humanização do parto, bem como, sua difusão no meio social, está associado ao engendramento de verdades concatenadas a formação de uma racionalidade com vetores de forças direcionados em um sentido distinto da racionalidade intervencionista. Isto ocorre, pois, a racionalidade está ininterruptamente sendo (re)modulada e (re)construída por meio das dinâmicas das relações sociais e através dos saberes que emergem da sociedade e que são tidos como verdades, fazendo com que elas sejam sempre fugazes e temporárias (SILVA, 2018).

A emersão de uma nova racionalidade do parto e de seus respectivos saberes-verdade começou a ser constituída na segunda metade do século XX, com o advento de discursos de resistência ao parto patologizado e do

estabelecimento de processos disruptivos com os saberes até então tidos como verdades (SERRA; BATALHA, 2019). Concomitantemente, houve a intensa elaboração de novos saberes e verdades científicas, igualmente advindos dos processos de esquadrinhamento do corpo. Estes passaram a ser difundidos socialmente por meio de discursos apoiados em saberes matemáticos, que lhes conferiam neutralidade, sedimentados na perspectiva do profissionalismo médico-científico (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), que engendraram gradativamente uma nova racionalidade do parto (FOUCAULT, 2008a).

Suas características discursivas enunciam a valorização da fisiologia corporal que controla a parturição, o estabelecimento de critérios técnico-científicos para apoiar as decisões assistenciais e a não realização de intervenções desnecessárias, a valorização dos aspectos emocionais e sociais e a efetivação de ambientes relacionais horizontais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Em meio a população dedicada a produção do conhecimento científico e os grupos profissionais da área da saúde, esta racionalidade recebeu o status de verdade mais verdadeira, denominada medicina baseada em evidência, o que corresponde ao desenvolvimento de uma assistência pautada nos resultados da pesquisa científica, e por se contrapor a compreensão de que a modernidade é sinônimo de intervenção (BRASIL, 2017).

Para além das dinâmicas discursivas, a racionalidade humanizadora do parto se tornou basilar ao conjunto de políticas de saúde pública que versam sobre a parturição na atualidade, ganhando um caráter prescritivo e estruturante aos serviços de assistência à saúde (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Operacionalmente, engendram estratégias estatizadas voltadas ao corpo social por meio das biopolíticas, que abarcam a dimensão totalizante, promovendo distintas maquinarias de subjetivação. Já os indivíduos subjetivados a este conjunto de verdades, agem como instrumento biopolítico sobre o corpo singular – anatomopolítica, enquanto dimensão individualizante que suscita práticas de poder, dentre eles o poder disciplinar (WERMUTH; CASTRO, 2021).

Neste interim está incluso o redirecionamento discursivo presente no processo formativo dos futuros profissionais de saúde (BRASIL, 2017). Este se consolida quando a formação enfatiza aspectos relacionados a medicina baseada em evidência, atrelados a dimensão dos valores morais, cidadania, integridade e direitos humanos (MEZZALIRA, et al, 2022). Cabe destacar que

viabilizar tal condição se torna um desafio, uma vez que a formação é caracterizada por processos governamentalizados, que incluem esquadrinhamento, disciplinarização e docilização dos corpos dos estudantes que, ao mesmo tempo, aprendem em corpos esquadrinhados, disciplinados e docilizados das parturientes (MAUADIE, et al, 2022), com ênfase discursiva voltada à continuidade dos ensinamentos intervencionistas rotinizados (SANTOS, et al, 2022).

Como aparato maquínico da racionalidade humanizadora do parto, inclui-se a Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito da permanência de um acompanhante de sua escolha ao longo de todo o processo parturitivo (BRASIL, 2005b). Neste contexto, infere-se que Lei passa a agir no campo das normas, revelando uma normatividade que é intrínseca à Lei, o que a faz funcionar no campo da regulação dos comportamentos. Isso ocorre, pois, a norma transposta ao coletivo não visa estabelecer um mecanismo excludente, mas sim, de normalização, de produção do normal. Todavia, tal natureza só é possível quando a Lei que funciona como norma tem sua gênese alinhada com o conjunto de saberes-verdade que sustentam e são sustentados pela racionalidade (FOUCAULT, 2008a).

Na especificidade da dimensão estruturante descrita nas políticas de saúde pública alinhadas com a racionalidade humanizadora, destaca-se a reorganização dos espaços e a composição dos ambientes. Elas incluem tecnologias de cuidado que garantam maior privacidade e conforto físico e emocional, com vistas a potencialização dos processos fisiológicos corporais, de maneira que os eventos que ocorrerão sequencialmente ao longo da progressão do parto, não suscitem a necessidade técnica de intervenções e procedimentos. Entretanto, mesmo que a arquitetura e estrutura sejam salutares a condutas humanizadas, elas não asseguram a efetivação de relações de poder perpassadas pelo conjunto de verdades científicas voltadas a humanização (SENS; STAMM, 2019).

A projeção social da racionalidade voltada à humanização do parto não anulou os saberes-verdades presentes nos discursos potentes da racionalidade intervencionista, tornando-as coabitantes do contemporâneo. A literatura científica reforça a compreensão de que há coexistência destas racionalidades

na malha social de diferentes formas, polarizando os indivíduos envoltos na parturição (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

A dualidade das racionalidades e a circulação discursiva de suas respectivas verdades, só é possível em virtude da existência da liberdade, que traz consigo um campo de diversas possibilidades de condutas e de relações, dentre elas, as resistências. As resistências são vetores que incitam a insubordinação, e trazem consigo o âmbito da criação, tanto de linhas de escape para as investidas de forças como, também, de novas coordenadas e investimentos para o fortalecimento do poder (FOUCAULT, 2013a). No âmbito da condução das condutas, elas são denominadas de contracondutas, que se materializam como uma atitude crítica demonstrada pela recusa de ser governado. Da atitude crítica decorrem fragmentos de liberdade e autonomia, porém sempre efetivadas em relações de força. A manifestação possível aos indivíduos, que revela sua atitude crítica, perpetua a instabilidade e dinamicidade do poder, trazendo ao crítico a capacidade de estremecer ou ratificar os arcabouços teóricos que buscam convalidar práticas de poder, e abalar ou legitimar os efeitos de poder oriundos de determinados saberes-verdades (FOUCAULT, 2008a).

As estratégias de subjetivação possuem centralidade para a existência da condução das condutas e do levante de contracondutas, por levar o indivíduo a incorporação de regras, estilos e convenções concatenadas as verdades circulantes na malha social (FOUCAULT, 2004b). Esta engrenagem faz com que as verdades relacionadas a uma racionalidade, transpassem o indivíduo de modo sutil, porém maciço, tornando-o voluntariamente aderido a elas, e as conduções e regulamentos que elas prescrevem. Isto inclui ser autovigilante, atento e conciso em relação às próprias vontades, ações e manutenção do engajamento, em um efetivo governo de si, mesmo diante das investidas de verdades antagônicas proferidas por outros indivíduos (FOUCAULT, 2010c).

Mesmo que haja o levante de condutas imprevistas e não calculadas de resistência, ou de aspirações em outras direções na maneira de conduzir e de ser conduzido, enquanto ações de contraconduta, as tecnologias de governamento estarão sempre criando formas mais sutis, insidiosas e eficazes de subjetivar os indivíduos, para extrair deles a conduta almejada (DAL'IGNA; SIERRA, 2018). Isto ocorre, pois, a verdade transita na ordem da

criação/invenção humana e, é ela, por meio do conhecimento que carrega e faz circular, que constrói a realidade, produz e modifica o real, de acordo com relações de forças, de lutas e de dominação (FOUCAULT, 2005). É no âmago das relações de poder que a verdade, sempre polarizada, incita, encanta, deslumbra e induz à realização de comportamentos, condutas e práticas, reforçando a positividade do poder (FOUCAULT, 2008c), que leva a perpetuação da coexistência de racionalidades antagônicas conduzindo as condutas dos profissionais dos saúde (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou identificar os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que conduzem as condutas dos profissionais de saúde durante o parto, à luz das teorizações Foucaultianas acerca da racionalidade e seus efeitos na sociedade. Revelou-se que muitos dos saberes e verdades relativos à gênese e consolidação da ciência obstétrica permanecem sedimentados nas práticas assistenciais, demonstrando-se como racionalidade vigente, mesmo que atualmente os conhecimentos e ações que a sustentam sejam considerados parcial ou totalmente obsoletos. Estas se materializam por meio de práticas hegemônicas e rotineirizadas, caracterizadas por múltiplas intervenções que buscam a docilização e utilidade do corpo que pari. Sua perpetuação é associada a formação profissional e a composição de um ambiente de trabalho que fomenta, de modo insidioso, uma compreensão patologizada das vivencias singulares do parto, elencando a medicalização como uma necessidade.

A formação profissional e composição do ambiente de trabalho também são destacados como engendramentos concatenados à racionalidade humanizadora do parto. Esta racionalidade, que emergiu como rede de inteligibilidades com um sentido antagônico a racionalidade histórica anterior, possui atualmente um sentido instrumental e prescritivo, traduzido nas políticas de saúde pública voltadas ao corpo coletivo da população que vive o ciclo gravídico-puerperal, fortalecido por um arcabouço legislativo específico.

A coexistência das duas racionalidades que visam conduzir as condutas dos profissionais, acaba por engendrar estratégias de domínio de um conjunto de verdades sobre outro conjuntos de verdades, que, como resposta, originam

linhas de escape e resistência. A polarização existente entre as verdades, discursos e racionalidades, transpassa os profissionais de diferentes maneiras, tornando a atuação contingente, adaptável e instável diante dos constructos sociais arquitetados pela racionalidade intervencionista ou humanizadora. Os tensionamentos na condução das condutas parece ser útil à governamentalização da vida, retroalimentando a implementação de táticas de subjetivação dos profissionais e da sociedade.

Mesmo considerando que a realização deste estudo tenha sido efetivada com a participação de profissionais de um único centro obstétrico, localizado no sul do Brasil, a dicotomia apresentada permite perceber que há uma longa trajetória a ser percorrida para a solidificação total das práticas assistenciais orientadas pela medicina baseada em evidências. Sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática, de modo a prospectar ações que viabilizem a sedimentação da racionalidade humanizadora do parto no fazer e na formação dos profissionais de saúde, em detrimento da racionalidade intervencionista.

REFERÊNCIAS

AYRES, L. F. A.; HENRIQUES, B. D.; AMORIM, W. M. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 23, n. 11, pp. 3525-3534, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.27812016. Acesso em: mar. 2022.

BOURGUIGNON, A.M.; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2020, v. 27, n. 2 [Acessado 2 Janeiro 2023], pp. 485-502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>. Epub 13 Jul 2020. ISSN 1678-4758. https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentode Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2005b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentode Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. **Projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília. 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 16 set. 2019.

BRASIL. **Resolução 510/2016**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. 2016.

DAL'IGNA, M. C.; SIERRA, J. C. Parceria e governamentalidade: ferramentas para problematizar as relações socioeducacionais contemporâneas. **Educação Unisinos**, v. 22, n. 3, jul./set. 2018. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/edu.2018.223.12/60746434>. Acesso em: 4 mar. 2020.

DAVIS-FLOYD, R.; CHEYNEY, M. **Birth in eight cultures**. 1 ed. Illinois: Editora Waveland Press Inc. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018. Acesso em: dez. 2021.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. 8. ed. Forense. Rio de Janeiro. p. 254. 2012b.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. Martins Fontes. São Paulo. 2010a.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução de: MACHADO, R.; MORAES, E. J. 2. ed. NAU. Rio de Janeiro. 2005.

FOUCAULT, M. **Dits et écrits**. v. 2: 1976-1988. Gallimard. Paris. 2001.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade e política**. Forense Universitária. Rio de Janeiro. 2004b.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Graal. São Paulo. p. 174. 2006b.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de:MACHADO, R. 25. ed. Edições Graal. Rio de Janeiro. 2008c.

FOUCAULT, M. **O governo de si e dos outros**: curso no Collège de France (1982-1983). Martins Fontes. São Paulo. 2010c.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7ª ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro. 2011b.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. *In*: RABINOW, P.; DREYFUS, H. M. **Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e a hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a. p. 231-249.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. Martins Fontes. São Paulo. 2008a.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 42. ed. Editora Vozes, 2014b.

KROETZ, K.; FERRANO, J. L. S. A governamentalidade como ferramenta analítica em Michel Foucault. Conjectura: Filos. Educ., Caxias do Sul, RS,

Ahead of Print, v. 24, p. 76-91, e019005, 2019.

LEAL, N.P.et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 941-50, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020 . Acesso em: 3 dez. 2022.

MAUADIE, R. A. et al. Práticas discursivas acerca do poder decisório da mulher no parto. **Interface (Botucatu)**, v.26, e220103, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.220103. Acesso em: 25 out. 2022.

MEZZALIRA, D. P. et al. Humanization in medical education in Brazil**. Research, Society and Development,** v. 11, n. 1, p. e57711125337, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25337. Acesso em: 1 dez. 2022.

SANTOS, M. P. S. et al. Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On. **Ciên. & Saúde Coletiva,** v. 27, n. 05, p.1793-1802, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23602021 Acesso em: 1 dez. 2022.

SCHLOSSER, D.F.; FRASSON, A. C.; CANTORANI, J. R. H. Softwares livres para análise de dados qualitativos. **R. bras. Ens. Ci. Tecnol**., Ponta Grossa, v. 12, n. 1, p. 539-550, jan./abr. 2019.

SENS, M. M.; STAMM, A. M.N.F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface (Botucatu),** v. 23, e170915, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.170915 . Acesso em: 30 nov. 2022.

SERRA, M. C. M.; BATALHA, G. F. O. M. Do poder disciplinar ao biopoder: medicalização do parto a partir da incidência de cesarianas. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito** e-ISSN: 2525-9849. Belém, v. 5, n. 2, p. 74-95, Jul/Dez. 2019.

SILVA, D. R. da. Biopoder na concepção de Michel Foucault: o poder do estado no controle da sociedade. **Periagoge,** Brasília, v. 1, n. 1, 2018.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde Soc.,** v. 28, n. 3, p. 171-84, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819. Acesso em: 25 out. 2022.

WERMUTH, M. A. D.; CASTRO, A. G. Biopolítica, racismo e vida nua: quando o sol não nasce para todos. **Quaestio Luris**, v. 14, n. 1, p. 291, 2021. Disponível em:https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/viewFile/50843/37352. Acesso em: 30 nov. 2022.

6. 2 ARTIGO 2

ATUAÇÃO PROFISSIONAL COMO INSTRUMENTO DA GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO: estratégias de governamento das parturientes

INTRODUÇÃO

O parto de forma natural, baseado no controle fisiológico do corpo feminino e sem a utilização de procedimentos medicalizados, foi a realidade da humanidade durante séculos (TRAVANCA; VARGENS, et al, 2020). Entretanto, no final da Idade Média e início da Idade Moderna, os modos de ser e viver das populações passaram a ser compreendidos com um elemento central para a manutenção e salubridade social, para os quais foram desenvolvidas uma série de aparatos estratégicos para a gestão da vida, que, dentre vários direcionamentos, também incidiram sobre o parto (FOUCAULT, 2008a).

Ao longo deste processo histórico foram inventos distintos saberes e práticas ditas cientificizadas, que resultaram em um descritivo patologizador do processo parturitivo e do corpo da mulher, definindo-o como frágil, incompleto, incompetente, despreparado e incapaz de autogerir suas emoções, suas relações sociais e toda a parturição, sem trazer risco para mulher e para o nascituro. Como solução a este conjunto de características patológicas e disfuncionais, foram produzidas diversificadas intervenções, práticas e controles, centralizadas nas mãos dos profissionais de saúde que proviam assistência ao parto, em especial, dos médicos (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Cabe a ressalva que, a exemplo de outras dimensões da vida que passaram a ser diretamente gerenciadas pelas ciências médicas durante a Idade Moderna, o que se buscava era a superação do empirismo que caracterizava o partejar, a construção de um cuidado sistemático de assistência, e o alcance de um resultado satisfatório em todos os partos, e em cada um deles (SILVA, et al, 2019), por mais que, atualmente, compreenda-se que tais contextos históricos de produção de saberes tenham sido desencadeadores de práticas negativas e inapropriadas, secularmente perpetuadas.

Os saberes, inteligibilidades, mentalidades e práticas desenvolvidas para o exercício do controle médico sobre o parto foram solidificados, ampliados e

propagados socialmente de modo gradual (SERRA; BATALHA, 2019), ganhando espaço e representatividade na gestão da vida populacional, ao implementar mecanismos e técnicas com a finalidade conduzir e estruturar as ações dos indivíduos, por meio da dinamicidade do agir sobre o agir dos outros. Em outras palavras, foram estabelecidas estratégias de governamento engendradas a racionalidade do parto, conjecturada na historicidade da hospitalização e medicalização do parto. A racionalidade consiste em uma rede de inteligibilidades e intelecção das práticas em um meio social, que se inscrevem nos modos de ser dos indivíduos e se materializam nas relações de poder, prescrevendo condutas calculadas e razoáveis (FOUCAULT, 2001).

Considerando que o exercício do governamento é indissociável das mentalidades e inteligibilidades que sustentam suas táticas, estratégias e programas, pode-se afirmar que a condução das condutas dos indivíduos está inevitavelmente concatenada a racionalidades, configurando-se na governamentalidade. A governamentalidade caracteriza-se, dentre outras possíveis concepções, por um conjunto composto de instituições, procedimentos, táticas, estratégias, análises, reflexões e cálculos que, articuladamente, exercem a condução das condutas de modo bastante específico e complexo, amparadas nos saberes e verdades que constituem, produzem e embasam racionalidades (FOUCAULT, 2008a). Diante dos elementos conceituais apresentados, compreende-se que a historicidade que concebeu o parto patologizado, engendrou a racionalidade que se tornou intrínseca a condução das condutas dos indivíduos envoltos na parturição, constituindo governamentalidade.

Entretanto, as verdades racionalizadas que embasam o governo dos corpos não são estáticas ou permanentes, tornando as racionalidades incipientes, o que permite o engendramento da governamentalidade com outros vetores de força (FOUCAULT, 2008a). Assim, a partir das últimas cinco décadas do século XX, saberes que versavam de maneira antagônica ao que estava cientificamente posto, passaram a ganhar espaço e expressividade entre as classes de profissionais da área da saúde e na malha social. Suas características discursivas enunciam a valorização da fisiologia corporal que controla a parturição, o estabelecimento de critérios técnico-científicos para apoiar as decisões assistenciais e a não realização de intervenções desnecessárias, além

da valorização dos aspectos emocionais e sociais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), engendrando uma distinta racionalidade sobre o parto e, consequentemente, outras práticas e direcionamentos de governamentalidade.

Na atualidade, pode-se constatar a coexistência destas racionalidades com sentidos antagônicos e que encadeiam processos de governamentalidade distintos, mas que possuem como características uníssonas a assistência realizada por profissionais de saúde, com predomínio do fazer médico, em ambiente hospitalar, com repletas e aprimoradas práticas de vigilância, disciplinamento, controle e condução. Neste sentido, a literatura descreve que a assistência ao ciclo gravídico-parturitivo permanece é fortemente centralizada na figura do médico especialista que, por vezes, se interpõe como autoridade científica, evidenciando uma condição frequente de controle hegemônico, arraigado em relações de saber-poder nem sempre simétricas (WARMLING et al, 2018).

Cabe destacar que, assim como em outras facetas da vida social, o exercício das relações de poder concatenados as governamentalidades não possui um caráter negativo, como algo que reprime, constrange ou, até mesmo, emprega violência. Pelo contrário. Estas são produtoras e transformadoras, uma vez que incitam, encantam, deslumbram e induzem à realização de comportamentos, condutas e práticas por meio do engajamento. É exatamente o ponto de intersecção do poder com o saber que torna essa ferramenta tão potente e produtiva, capaz de levar ao exercício do governamento e de agenciar os indivíduos para a governamentalidade (FOUCAULT, 2008c).

Creditando a positividade das relações de poder incitadas por meio das governamentalidades (FOUCAULT, 2008c), que são direcionadas pelas racionalidades historicizadas que patologizam e interferem o processo parturitivo, ou, que valorizam os aspectos fisiológicos, emocionais, sociais e a não intervenção (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), face a atuação dos profissionais de saúde que prestam a assistência a parturição e são parte dos mecanismos de governamento populacional, este estudo tem como objetivo caracterizar os engendramentos da governamentalidade atreladas a atuação dos sujeitos-profissionais de saúde, para a condução das condutas das parturientes para a e na parturição.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, tendo como referencial teórico-analítico as teorizações Foucaultinas sobre a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a). Este processo pauta-se nos elementos das racionalidades, seus engendramentos e antagonismos, e no modo como suas respectivas tecnologias de governamento, advindas da produção do saber e das suas articulações com as relações poder, corporificam-se nos sujeitos por meio da subjetivação, levando a condução das condutas (KROETZ; FERRANO, 2019).

O cenário deste estudo foi o Centro Obstétrico (CO) de um Hospital Universitário no sul do Brasil. O HU é um hospital público que integra a rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde e o patrimônio da União, tendo como finalidades a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. Caracteriza-se como um hospital de médio porte com 231 leitos, tendo 28 leitos dedicados exclusivamente para o atendimento obstétrico de baixo e alto risco, na modalidade de alojamento conjunto. O CO é composto por duas salas de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP), três salas de cirurgia obstétrica, duas salas de atendimento/reanimação do recém-nascido (RN), uma sala de banho para o RN, uma sala para observação, uma sala de recuperação pós-anestésica, além de outros ambientes logísticos, funcionais e de retaguarda. O setor funciona 24 horas/dia, de forma contínua.

Participaram 24 profissionais de saúde de nível superior que atuam diretamente na assistência ao parto, correspondendo ao universo total de indivíduos destas categorias atuantes neste setor, não havendo perdas ou recusas. A equipe de enfermeiras(os) que atua nesse espaço é composta por 10 profissionais, distribuídos em quatro turno de trabalho: manhã, tarde, noite I e noite II, sendo que a noite a jornada de trabalho é de 12/36 horas. Dos 10 participantes, nove são do sexo feminino e um é do sexo masculino; suas idades variaram de 26 anos, até 53 anos; e, seis possuem especialização/residência na área de enfermagem obstétrica. Já a equipe de médicas(os) obstetras é composta de 14 profissionais, distribuídos em turnos de trabalho de 4, 8, 12 ou 24h, de modo a permanecerem sempre dois profissionais médicos no Centro Obstétrico. Dos 14 participantes, 12 são do sexo feminino e dois são do sexo masculino; suas idades variaram de 31 anos, até 56 anos; e, todos possuem

residência médica na área de ginecologia e obstetrícia.

Foram inclusos as(os) enfermeiras(os), e as médicas(os) obstetras que atuam neste ambiente há um período igual ou superior que seis meses, que não estavam de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da coleta de dados. Durante a produção dos dados, utilizou-se como critério de exclusão ser folguistas ou feristas; ser médica(o) residente; e ser enfermeira(o) ou médica(o) obstetra que estava de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da coleta de dados ou que estavam atuando em homeoffice. O critério idade não foi utilizado como critério de exclusão.

A produção dos dados de deu por meio de entrevista semiestruturada, realizadas durante o mês de julho de 2022, com questões que abordaram as dimensões da governamentalidade e suas estratégias para obtenção da condução das condutas, as práticas performáticas e discursivas no processo de governamento, os processos de subjetivação, dentre outros. As entrevistas foram efetivadas exclusivamente pelo primeiro autor do manuscrito. O entrevistador é do sexo masculino, possui graduação em enfermagem e mestrado em enfermagem/saúde, tendo experiência na produção de dados por meio de entrevistas. O mesmo atua como enfermeiro na mesma instituição hospitalar em que se localiza o CO cenário do estudo, porém, em setor distinto dos participantes. Nenhum dos participantes possui relação ou vinculação com o entrevistador. O desenvolvimento do referencial teórico-analítico do manuscrito precedeu a realização das entrevistas. Assim sendo, no momento da produção das falas, o entrevistador estava familiarizado com as teorizações que embasaram a construção do roteiro de entrevista semiestruturada, e a posterior análise.

As entrevistas ocorreram nos dias e horários agendados com os participantes, após o contato prévio e avaliação dos critérios de elegibilidade. Foram empregadas perguntas abertas sobre a temática, tendo as entrevistas duração aproximada de 40 minutos. Estas foram gravadas com a autorização dos participantes. A entrevista foi realizada uma única vez com cada participante, sendo que estes não tiveram acesso ao conteúdo das perguntas antes da realização da mesma. O critério de saturação dos dados não foi utilizado em virtude da participação do universo total de profissionais do setor, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

Após a conclusão das entrevistas estas foram transcritas, sendo efetivada a correção linguística, com revisão do vocabulário, da gramática e dos vícios de linguagem presentes nas falas e, sequencialmente, foi procedido o tratamento dos dados, tendo como ferramenta analítica a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a). Compõe olhar analítico pautado na governamentalidade a investigação do eixo de articulação entre o saber, os instrumentos e a população-indivíduos, correspondendo estes, respectivamente, aos engendramentos do saber-poder; as ferramentas e maquinarias usadas na/para a positividade do saber-poder; e, o indivíduo-objeto a ser sujeito. A análise considera as relações de poder em suas múltiplas direções e emergências em práticas discursivas e não discursivas; o processo de problematização das técnicas utilizadas socialmente para condução das condutas, em interface ao saber-verdade e racionalidade; e, a constituição de enunciações e enunciados de poder, suas viabilidades e suas visibilidades, em especial, no âmbito da (KROETZ; FERRANO, 2019).

Considerando o olhar teórico proposto nesta tese, optou-se pela não utilização de programas computadorizados – *software* – para a realização da análise. Esta escolha tem por base as características dos programas de análise qualitativa, que se apoiam na lexicografia básica, cálculo de frequência de palavras, codificação de segmentos, hierarquização dos conteúdos predominantes, dentre outros métodos (SCHLOSSER; FRASSON; CANTORANI, 2019), que se acredita não convergirem ao referencial teórico-analítico proposto.

Os aspectos éticos concernentes às pesquisas descrito na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) foram respeitados durante seu desenvolvimento. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrado sob o número 5.492.379, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), número 58273022.6.0000.5324. Para assegurar o anonimato, as(os) enfermeiras(os) participantes foram identificados pela letra “E”, seguindo de número da entrevista, em ordem crescente. Já as(os) médicas(os) obstetras participantes foram identificados pela letra “M”, seguindo de número da entrevista, em ordem crescente. A todos os participantes foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a justificativa, os aspectos éticos e metodológicos, os riscos e benefícios, e demais elementos pertinentes, formalizado por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Por meio dos processos analíticos desenvolvidos à luz das teorizações Foucaultianas sobre a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a), os elementos visualizados nas falas dos participantes foram agrupados em três categorias: Atuação profissional como instrumento biopolítico: redes de engajamento e as estratégias de captura; Corpo gravídico-parturitivo e seus perigos: os discursos sobre o risco como estratégia de governamento; e, Seu corpo, minhas regras: o saber-poder estabelecendo o governamento.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL COMO INSTRUMENTO BIOPOLÍTICO: redes de engajamento e as estratégias de captura

A atuação dos profissionais vinculados ao contexto da assistência ao ciclo gravídico-puerperal que estão presentes em distintos serviços de saúde, revela-se como mecanismo advindo da governamentalidade do parto, ao mesmo tempo que é consequência da governamentalidade que sustenta as condutas técnicas da assistência ao parto enquanto verdades científicas. Este conjunto de práticas que visa produzir um parto dentro da norma, não limita sua ação a este momento. Pelo contrário. Para que a positividade do poder seja alcançada homogeneamente, as engrenagens biopolíticas agem desde a gestação, visando um sujeito-gestante-parturiente produto e autoprodutor da gestão da vida.

Dentre as estratégias da governamentalidade que se materializam por meio do fazer dos profissionais de saúde, tem-se os pré-natal. Esta fase se caracteriza pelo estabelecimento de interações profissional-paciente permeadas pelas relações de poder-saber. Os mecanismos envoltos nessa proposição são potencializados pela dinâmica interacional profissional-paciente em acordo com o prescrito nas políticas públicas, que viabiliza distintos momentos dialógicos para o exercício da vigilância, normalização e subjetivação, que acontecem em uma cronologia normatizada de consultas pré-natal. Com isso, é estabelecido um crescente pedagógico voltado a assegurar a internalização de certas verdades, e a disciplinamento das mentes e dos corpos. Diante da ineficácia dos mecanismos da governamentalidade do parto estabelecidas ao longo do pré-

natal, podem emergir corpos e mentes indisciplinados que resistem a condução das condutas no momento da parturiação, e colocam sob ameaça o sucesso da gestão da vida.

> Dá pra dizer que uma das coisas que mais controla o comportamento da mulher no parto, acontece antes do parto, que é o pré-natal. [...] Ao longo das consultas a mulher vai sendo preparada pro parto, de saber o que vai acontecer, que existem as fases, o que ela pode sentir em cada uma dessas fases, as coisas que os profissionais precisam fazer, o que ela pode fazer. Os profissionais que atuam no pré-natal e no parto influenciam muito a mulher nesse sentido. [...] mas tem a questão do comportamento dela em si, que é muito importante. É como se fosse uma educação pra ela saber como tem que se comportar, a melhor forma dese comportar diante do que tá acontecendo [...] pra que ela possa participar ativamente de tudo, mas fazendo o certo [...] e também pros profissionais conseguirem trabalhar durante o parto de forma segura pra ela e pro bebê. (E7)

> O pré-natal prepara a mulher pro parto, ou deveria; porque tem muito pré-natal de baixa qualidade ainda, que foca só nos aspectos biológicos da gestação e não dá conta de preparar a mulher nem pro parto, nem pro puerpério. E ainda existe mulher que chega sem pré-natal. É raro, mas ainda aparece. [...] a mulher que não faz pré-natal ou tem poucas consultas nem sempre é colaborativa. Tem mulher que chegam a ter atitudes que dificultam a progressão do parto. [...] de achar que não vão aguentar a dor, não aceitar o que a gente orienta. No período expulsivo isso é pior. [...] Elas não entendem o motivo porque estamos fazendo as coisas, não colaboram com o que estamos falando [...] Faz muita falta o pré-natal pra deixar elas mais preparadas para ter um comportamento adequado. (M8)

Outra estratégia da governamentalidade atrelada a atuação dos sujeitos-profissionais de saúde são os grupos de gestantes. Previstos e fomentados pelas Políticas Públicas que estruturam e dispõe técnica e logisticamente a gestão da vida durante o ciclo gravídico-puerperal, os grupos de gestantes se caracterizam como espaços pedagógicos direcionados ao controle das mentes e corpos que partilham da mesma norma temporária da gestação e parto, que é diferenciada dos demais membros da sociedade. Enquanto ambientes interacionais, estes grupos – arranjos temporários de uma população em um território-panóptico específico, sob a vigilância de profissionais de saúde - permitem que as gestantes objetifiquem e subjetifiquem umas às outras, ao estabelecerem métricas comparativas que se tornam argumentos e auto argumentações convincentes e subjetivadoras. Mesmo sendo espaços discursivos em que todos os membros podem se enunciar, as verdades cientificizadas expressas pelos profissionais de saúde permanecem como imperativo dentro do regime de enunciabilidades. A pulverização das verdades enunciadas pelos profissionais nos grupos de gestante não visa a obediência, mas pelo engajamento,

produzindo uma docilidade refletida na hora do parto.

> [...] e tem as outras formas que são preconizadas nas políticas públicas. Acho que uma das principais são os grupos de gestantes, tanto que isso é muito frequente nos postos de saúde. Tem até aqui no hospital, mas normalmente quem faz são os postos. [...] Nessa questão específica do parto, acho que as mulheres são bem instruídas. Dá pra notar a diferença de uma mulher que fez parte de grupo de gestante. Elas são bem mais tranquilas, aceitam as orientações, colaboram [...]. (M4)

> Os grupos de gestante fazem muita diferença no comportamento das mulheres. Elas dialogam muito nos grupos. Trocam experiências e estimulam a cumprir o pré-natal. Acaba que elas vêm sabendo, porque quem trabalha nos postos vai guiando o grupo. Vai ensinando. [...] Vem com poucas dúvidas. [...] Tanto a mulher como a família ficam mais sossegadas. [...] a relação conosco é melhor. Muito é do conhecimento que elas adquirem nos grupos, porque o que precisamos fazer não é algo novo pra elas. Elas entendem a necessidade dos procedimentos [...] (E9)

A busca ativa de gestantes que voluntariamente não adequaram seu comportamento a norma biopolítica vigente, por não iniciarem o pré-natal ou descumprirem a cronologia normatizada para este momento, também é destacada como parte das estratégias da governamentalidade atrelada a atuação dos sujeitos-profissionais de saúde, que se reflete no parto. Desenvolvida nas áreas contempladas pela estratégia de saúde da família, a busca ativa se configura como uma ação viabilizada pela estrutura rizomática prevista e retroalimentada pelas biopolíticas traduzidas em distintas políticas públicas. Esta prática une vigilância, circulação da verdade pelo meio discursivo e disciplinamento, através do controle da população disposta em um território delimitado. Ultrapassando a concepção de um sujeito-gestante naturalmente obediente, uniforme e hegemônico, esta estratégia responde à um problema de governamento dos corpos, dando visibilidade e considerando a possibilidade da existência de diferentes nuances e modalidades de interface com os serviços de saúde durante o gestar, porém, não as deixando escapar das redes da governamentalidade. Sua operacionalização é efetivada por meio de novos investimentos e coordenadas para o fortalecimento do poder, nas quais a subjetivação tem centralidade, buscando impedir rotas de fugas, resistências, insubordinação e outras condições de liberdade que não sejam bem-vindas.

> Nas áreas que tem estratégia de saúde da família, existe uma busca ativa das mulheres grávidas na área, pra elas fazerem o pré-natal. Inclusive quando elas faltam nas consultas, os agentes comunitários de saúde vão atrás, verificam o que ocorreu. Há um controle pra que ela não fique sem fazer pré-natal. [...] isso faz uma diferença enorme porque não tem como elas ficarem sem pré-natal, sem serem orientadas

> direitinho. [...] isso de buscar a mulher, ir atrás, é bem útil pra controlar aquelas que não querem fazer, que não se cuidam [...]. (E2)

A governamentalidade da parturição está racionalmente concatenada à arquitetura de outras biopolíticas que compõe o eixo Governamental-Estatal de gestão da vida. O entrelaçamento das estratégias governamentais é destacado como um mecanismo que, ao se traduzir nas ações dos profissionais de saúde e de outras entidades, permite a captura e vigilância efetivas, por articular vetores de força que autonomamente são funcionais, mas que ampliam sua efetividade ao se somarem rizomaticamente para impedir fugas e resistências que dificultem o governo dos corpos gravídicos e parturitivos.

> [...] e tem essa ligação que é feita nas políticas públicas. Por exemplo, essa questão da gestante que recebe algum tipo de auxílio financeiro dos programas sociais, ela precisa comprovar que está fazendo o pré-natal pra continuar recebendo. [...] é uma forma de garantir que ela faça o pré-natal. Dá certo. Ela não tem como fugir [risos]. (E5)

CORPO GRAVÍDICO-PARTURITIVO E SEUS PERIGOS: os discursos sobre o risco como estratégia de governamento

Os engendramentos da governamentalidade do parto efetivados por meio da atuação dos profissionais vinculados ao contexto da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ocorrem também por meio estratégias de governamento não centradas na condução direta das condutas, mas pelo estabelecimento de outras vias indiretas de convencimento que levam a obediência. É desta acepção que é agregada aos regimes de enunciabilidade das dimensões da segurança, da insegurança, e do fenômeno que as tangencia: o risco. Os discursos centralizados na dimensão do risco tornam-se funcionais ao introjetar no sujeito-gestante-parturiente a incerteza, o medo e a instabilidade sobre a gestão da própria vida e da vida do concepto.

Este campo discursivo ancora-se no arcabouço científico resultante da objetificação dos corpos gestacionais e parturitivos, tornando-se narrativas potentes empregadas pelos profissionais de saúde em momentos bem delimitados, em que a ausência de controle da mulher sobre aspectos fisiológicos de seu corpo tornam-se mais expressivos. O conjunto de argumentosé constituído de verdades cientificizadas que gozam do status de neutralidade ao se ancorarem em linguagens numéricas que possuem uma função dúbia: aomesmo tempo que os cálculos estatísticos e probabilidades validam os discursossobre o

perigo, eles também dão legitimidade científica à prescrição de comportamentos que são apresentadas como soluções factíveis para reaproximar a mulher da dimensão da segurança. Deste modo, enquanto tecnologia de poder, os discursos sobre o risco fomentam a disciplina e a autorregulação, resultando na docilidade dos corpos e no afastamento de condutas anormais e desviantes.

> [...] o pré-natal prepara a mulher para entender melhor o que vai acontecer no parto também em relação aos riscos que têm nesse momento. Isso deixa elas mais conscientes, mais informadas. [...] de uma certa maneira elas ficam mais submissas por causa disso, porque elas têm medo que algo dê errado, que não saia como o planejado. [...] na hora do parto também é assim. É comum ter que explicar para a mulher as consequências das coisas. As chances de dar errado. Principalmente quando elas não são colaborativas [...] (E6)

> [...] por mais que num parto vaginal o controle do processo seja fisiológico, toda a progressão é avaliada. Se fica de olho em tudo para que não tenha uma situação de risco que não seja percebida. [...] quando tem um risco real, alguma intercorrência, tem que fazer algo. Seja para corrigir o parto que ficou disfuncional, levar para cesárea ou outra coisa. [...] isso é falado para a mulher. Até para justificar o porquê estamos fazendo certas coisas. Ela precisa saber. Ficar ciente, concordar [...]. (M5)

As métricas cientificizadas utilizadas para a avaliação da progressão do trabalho de parto, também são reveladas como elementos aditivos e validadores dos discursos sobre risco. Por serem estabelecidas ao longo do processo parturitivo com periodicidade e cronologia prescritas pela literatura científica, cada mensuração expõe a mulher a resultados comparativos com as normas pré-estabelecidas. Deste processo advém o veredito que elucida a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, gerando medo e insegurança a cada momento de avaliação da progressão do parto e da vitalidade do concepto. A insegurança é potencializada diante da concretude de desvios da norma, que tira o risco do âmbito da possibilidade e o coloca no nível da realidade. Este constructo tente a legitimar o fazer dos profissionais de saúde, que se mostram como titulares da verdade científica capaz de reaproximar o corpo da norma, afastando-o dos perigos. Como resultado, tem-se a submissão do corpo parturitivo em um movimento de engajamento e adesão voluntária as condutas disciplinadas.

> É como se tudo fosse um risco. Como se estar em trabalho de parto colocasse elas num perigo que elas não têm controle nenhum [...] sempre que é feita alguma avaliação da progressão e do bebê, é como se informasse pra ela que de fato ela está em risco. [...] isso faz com que todos os profissionais consigam ter muito mais controle sobre elas. [...]

> não precisa se impor. É como se ela tivesse consciência dos riscos relacionados ao parto, e deixar os profissionais no controle fosse instintivo [...] (M13)

> De modo geral, as mulheres têm muito medo de complicações. Sempre que terminamos de avaliar a dinâmica, dilatação ou BCF, muitas já perguntam se tá tudo bem, se tem alguma coisa acontecendo. [...] se for necessário dar alguma orientação, mesmo que seja propor uma mudança no decúbito, muitas já acham que isso é uma forma de diminuir algum risco. [...] Essa sensação de perigo realmente faz com que as mulheres aceitem mais as coisas que são feitas com elas (E10).

O conjunto de estratégias estabelecidas para a gestão da vida durante o ciclo gravídico-puerperal, enfatizam o dualismo para qual estão centralizadas as ações: uma mulher e um criança – um coletivo. Na perspectiva da governamentalidade traduzida no governo de si, as duas vidas a serem preservadas e conduzidas está, durante a gestação e parto, sob responsabilidade de uma única mente, a da mulher. É no ser e fazer da mulher que o poder discursivo sobre o risco tem efeito, e busca gerar positividade sobre o coletivo que ela é responsável. O emprego estratégico da dimensão do risco produz efeito ao dar ênfase na dissociação dos eventos inseguros para mãe e para criança, ao mesmo tempo que indicam a incapacidade da mesma de gerar segurança ao concepto sem pautar seus comportamentos nas prescrições dos profissionais. Ao serem transpassadas por estes discursos e a priori responsabilizadas pelos efeitos que estes geram em suas condutas e na gestão da vida do concepto, as mulheres tendem a adotar comportamentos obedientes, disciplinados e autorregulatórios.

> [...] A preocupação das mulheres acaba sendo o bebê. Elas têm muito medo de complicações ou que aconteça alguma coisa com eles. Elas são muito mais colaborativas por isso. E como o bebê é monitorizado pelo MAP [Monitorização Anteparto], elas ficam atentas. [...]. Elas cumprem mais o que é orientado só por saberem essa informação. (M2)

> [...] o medo de acontecer qualquer coisa com a criança faz a parturiente ser muito mais submissa. Eu não gosto dessa palavra [...], mas é isso que acontece. Pelo bem do filho, por medo de que ele tenha algum problema relacionado ao parto em si, as parturientes se tornam obedientes. (E1)

SEU CORPO, MINHAS REGRAS: o saber-poder estabelecendo o governamento

Concomitante a objetificação dos corpos gravídicos-parturitivos que permitiu e seguem permitindo o desenvolvimento de métricas que culminaram

no estabelecimento matemático da norma, foi outorgado aos seus inventores-detentores a credibilidade tecnológica de poder voltado à gestão da vida. Como produto contemporâneo desta historicidade, tem-se a perpetuação do imaginário social que prospecta na figura do médico a autoridade científica, ao mesmo tempo que é elemento de uma jurisdição moral, um sentenciador técnico para correção dos desvios, e um algoz e piedoso imperativo do fazer viver. Este construto caracterizado e retroalimentado pela supremacia do discurso médico, legitimado social, institucional e biopoliticamente, se manifesta nas microfísicas do poder estabelecidas na sala de parto, asseguradas por mecanismos que antecedem a vivência deste momento, uma vez que são horizontais a construção do sujeito-mulher ao longo de toda sua vida em sociedade.

> Muitas coisas que são históricas ainda influenciam, especialmente essa assistência mais centrada no médico, dele controlar as coisas durante o parto. [...] aquele que sabe, que tem o conhecimento. [...] só essa questão do status já é algo que valida o que eles falam, como se desse credibilidade [...] para muitas parturientes o que eles falam é lei. (E3)

> [...] não que seja em todas as situações, mas a maior parte das vezes, muitas mulheres vêem como uma autoridade. Mas foi a vida inteira delas assim [...] isso acaba tendo seu lado negativo [...] mas facilita em relação ao controle da situação, no sentido de seguirem as orientações, de colaborarem (M10)

Outra dimensão discursiva do exercício da governamentalidade da qual os profissionais são instrumentos e que circula no imaginário social gerando efeitos positivos, é a afirmação de que a mulher é incapaz de controlar o que está acontecendo com o seu corpo ao longo do trabalho de parto, uma vez que a progressão, os acontecimentos não desejados e os desvios da norma são inerentes a aspectos fisiológicos. São centrais as manifestações acerca da ausência de controle sobre si, e sobre a incapacidade de gerir a própria fisiologia para assegurar a vida do concepto. Estas falas potencializam seus efeitos quando somados aos discursos sobre risco e perigo, que emergem cronológica e sistematicamente ao longo da parturição, tendo a norma como legitimador dos argumentos. A intersecção destes dois discursos perpetua o ciclo de medo e insegurança, gerando a submissão dos corpos e a adesão voluntária ao saber e fazer dos profissionais. Neste arranjo estratégico, os profissionais de saúde reafirmam-se como capazes de reescrever as trajetórias fisiológicas e anular os riscos à integridade física da mulher e da criança por meio de suas intervenções e direcionamentos. Para além do efeito direto sobre a condução das condutas,

tem-se a perpetuação do status moral de autoridade e emissário das verdades científicas para gestão da vida.

> Quando as mulheres vêm para o CO [Centro Obstétrico], elas chegam com muitos medos, porque ou elas vêm sentindo a dor da contração, ou vêm porque estão sentindo algum sintoma que deixa assustada de uma certa forma, ou vêm encaminhada porque existe uma complicação. E em nenhuma das possibilidades elas têm controle da situação. [...] a forma como o profissional se porta diante da mulher com todos esses medos, faz com que ele pareça a "solução dos problemas". [...] como se o conhecimento que ele tem desse o total controle da situação. (E8)

> [...] mesmo de forma indireta, tudo ali sinaliza pra mulher que algo pode dar errado. Claro que as coisas são organizadas pensando em conseguir resolver as intercorrências. Mas é como se isso dissesse: "tu tá em perigo". [...] não é a intensão, mas é o que acontece. (M7)

Como resultados das investidas de poder tecidas por distintas estratégias e maquinarias que transpassam a mulher ao longo de sua vida e em diferentes momentos da gestação e parto, espera-se não apenas a disciplina e a obediência numa perspectiva verticalizada, mas a conversão moral da mente, do corpo e da alma aos discursos detentores do status de verdades científicas, que são propagados pelos profissionais de saúde. Mais do que impedir rotas de fugas, resistências, insubordinação e outras condições de liberdade que não sejam bem-vindas, os mecanismos da governamentalidade do parto atrelados a atuação dos sujeitos-profissionais de saúde, visam produzir uma realidade no interior do sujeito-gestante-parturiente, fazendo com que os pensamentos que regem sua conduta ocorram dentro de um conjunto de normas prescritivas. Em outras palavras, um governamento à distância, estabelecido por meio de constructos que levam a mulher a ser autovigilante, autorregulatória e naturalmente disciplinada. Um dos principais efeitos simbólicos, discursivos e práticos desta estratégia refere-se à possibilidade de reputar como preservada e efetivada a autonomia da mulher durante o parto, enquanto uma das dimensões prescritivas centrais das políticas públicas. Entretanto, não se trata de autonomia como sinônimo da ausência de direcionamento ou como uma liberdade isenta de uma racionalidade condutiva historicamente construída e cientificamente reescrita, mas sim, uma autonomia que instintiva e intuitivamente está sempre alinhada com a verdade científica enunciada pelos profissionais. Uma autonomia subjetivada.

> [...] o que se espera é que ela seja ativa na hora do parto. Que participe

> ativamente em todos os momentos. Mas é claro que isso segue uma lógica [...] não se trata de achar que as coisas vão acontecer de maneira adequada instintivamente. [...] tem um amparo da equipe pra que ela consiga participar ativamente de tudo, mas de uma maneira adequada, segura [...]. (M12)

> [...] é como se fosse uma utopia, na verdade. Porque a mulher não tem total liberdade. Ela não pode simplesmente fazer o que quer [...]. O preparo que começa no pré-natal e a forma como a equipe toda se relaciona com a mulher na hora do parto é pra isso, também. Para que ela possa tomar as decisões, ter autonomia, mas que isso seja positivo. Que ela faça coisas que vão ser positivas pra progressão do parto. (E4)

DISCUSSÃO

A governamentalidade como ferramenta analítica faz referência, dentre outras possibilidades interpretativas, à articulação entre o saber, os instrumentos e a população, correspondendo estes, respectivamente, aos engendramentos do saber-poder; as ferramentas e maquinarias usadas na/para a positividade do saber-poder; e, o indivíduo a ser subjetivado (KROETZ; FERRANO, 2019). O poder engloba um conjunto de procedimentos e mecanismos que operam em uma rede de relações estratégicas no campo das possibilidades, que se processam nas relações e interfaces dos indivíduos e das populações, visando uma correlação favorável ao todo (FOUCAULT, 2013a).

Enquanto elemento essencialmente relacional (FOUCAULT, 2008c), que indica a possibilidade de ação (FOUCAULT, 2014b), o poder atua de maneira estratégica e não de forma ideológica, utilizando-se de instrumentos próprios que têm por finalidade registrar, observar, corrigir e verificar para, ao final, obter a formação e acumulação de saber. É exatamente o ponto de intersecção do poder com o saber que torna essa ferramenta tão potente, positiva e produtiva, capaz de levar ao exercício do governamento e de agenciar os indivíduos para a governamentalidade (FOUCAULT, 2008c).

Entretanto, o saber que está em evidência e permite moldar, instrumentalizar, normalizar e conduzir as condutas, é aquele que pode ser classificado como verdade (FOUCAULT, 2008a). Isto acorre através de arranjos, embates e conflitos entre distintos saberes, de onde emerge um acordo temporário entre as partes conflitivas, que viabiliza a classificação de um saber como verdade, bem como, o exercício de dominação do saber vencedor sobre os demais (FOUCAULT, 2005). A temporalidade deste acordo não traz ao saber aditivado como verdade uma identidade fixa, histórica e culturalmente definida e estática, mas sim, uma concepção instável que será transpassada, ratificada ou

refutada por outros saberes que ascenderão a verdades ao longo do tempo (CARVALHO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2019).

Interligado a maquinaria de produção do saber e da verdade, vislumbram-se padrões, métricas e modelos que revelam regularidades corpóreas e da vida social. Desta produção de parâmetros balizadores e comparativos de um fenômeno corporal e social, julgado com referência a ele mesmo, tem-se a norma, como uma projeção do efeito de conjunto que se almeja alcançar. A norma é dedutiva em relação ao que é concebido e (re)classificado como normal e anormal, identificando padrões em meio a dinamicidade social, resultando em uma curva de normalidade, onde múltiplos estão abarcados (FOUCAULT, 2008a). Ou seja, a norma pode ser aplicada sobre o corpo do indivíduo ou sobre o coletivo que se deseja regular (FOUCAULT, 2010d).

A obtenção de condutas individuais ou coletivas conduzidas por um conjunto de verdades, está relacionado com as estratégias discursivas e não discursivas de subjetivação (FOUCAULT, 2006c). Visando o engajamento, e não a submissão coercitiva (FOUCAULT, 2008a), a subjetivação engloba a internalização de saberes-verdades inicialmente externos que, ao transpassarem os indivíduos e as coletividades, deixam fragmentos sedimentados que passam a interferir nas relações consigo mesmo, e com os outros (FOUCAULT, 2006c).

Abarcando as dimensões do saber, da verdade, da norma e da subjetivação, dentre outras ferramentas, se constituem enunciados de poder, suas viabilidades e suas visibilidades, em especial, no âmbito da vida, engendrando as funcionalidades da governamentalidade (KROETZ; FERRANO, 2019). Seu exercício se materializa por meio de distintas profusões de alianças, que incluem diversos tipos de autoridades, dentre elas a autoridade dos profissionais de saúde que, através de seus projetos, operacionalizam o direcionamento de múltiplas facetas da vida social, agindo sobre a ação dos indivíduos, por meio de tecnologias anátomo-políticas, e dos coletivos, com tecnologia biopolíticas (CARVALHO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2019).

Na especificidade do tecnologias anátomo-políticas e biopolíticas voltadas ao público que vivencia o ciclo gravídico-parturitivo, tem-se o pré-natal. O pré-natal abrange uma série de práticas e cuidados multiprofissionais programados e cronologizados de acompanhamento da gravidez, com vistas a manutenção da

saúde da mãe e do concepto, bem como, a estratificação das situações de risco e seus respectivas atenuações ou correções. Para além, incluem-se campanhas e outras formas pedagógicas voltadas a malha social visando a captura precoce das gestantes às consultas pré-natais, e a participação da sociedade nos processos de promoção da saúde, e prevenção e tratamento de doenças relacionadas ao gestar e parir (BRASIL, 2022).

Em um sentido instrumental, o pré-natal visa normatizar aspectos, tais como um número mínimo de consultas, a obrigatoriedade de alguns procedimentos, emprego de algumas tecnologias de monitoramento e diagnósticas, além do estabelecimento de fluxos e itinerários terapêuticos. Através destas ações é estabelecido um conjunto de estratégias de disciplinamento das futuras parturientes, buscando docilizar seus corpos e mentes, ao mesmo tempo que se instaura um sistema de vigilância orgânica e comportamental que, com julgamentos defrontados a norma, desdobram-se em práticas de medicalização e outras investidas de poder e formas de governamento. Frente a estas ações ocorrem resistências, que buscam outras possibilidades de ação, o estabelecimento de novas linhas de forças e o redirecionamento das existentes (LÓPEZ, et al, 2021).

Complementar as estratégias da governamentalidade voltadas ao pré-natal, tem-se os grupos de gestante (LIMA, et al, 2020). Caracterizados pela disposição territorial temporária de um coletivo de mulheres que partilham de uma mesma norma – a gestação (FOUCAULT, 2010d), os grupos de gestantes viabilizam o desenvolvimento de relações individuais e coletivas centradas nas práticas discursivas e pedagógicas de compartilhamento de saberes-verdades. Eles visam aproximar a gestante dos serviços de saúde, obter maior adesão ao pré-natal e instrumentalizar a gestante e seus acompanhantes com conhecimentos que os preparem para os próximos momentos da gestação, do parto e do puerpério (LIMA, et al, 2020). No cerne de sua implementação estão os profissionais de saúde que controlam os enunciados que circulam nestes espaços e, sutilmente, retroalimentam sua imagem hegemônica de detentores do saber (LÓPEZ, et al, 2021). Em virtude de tais atributos, podem ser compreendidos como uma forma aditiva de operacionalização dos sistemas de vigilância, esquadrinhamento, disciplinamento e subjetivação para a obtenção de um melhor engajamento (CAVALCANTI; NAUAR; ALMEIDA, 2021).

Projetada para abarcar toda a população gravídica disposta sobre o território nacional, as políticas e programas destinados ao Pré-natal (BRASIL, 2022) atendem uma urgência contínua de segurança para a gestão da vida (FOUCAULT, 2008a). Por este motivo, a pormenorização das populações gravídicas presentes em pequenos territórios torna-se funcional (BRASIL, 2022) aos métodos de captura, vigilância e disciplinamento, pois permitem a efetiva transposição do âmbito biopolítico em ações anátomo-políticas (FOUCAULT, 2008a). O alcance destes resultados está atrelado a presença e atuação de dispositivos de segurança para a gestão da vida, como a Atenção Primária a Saúde, que é responsável pela implementação de ações de saúde pública em fragmentos de territorialidade. Possuindo um prisma privilegiado de vigilância e esquadrinhamento (MAIA; AZIZE, 2020), cabe a Atenção Primária a Saúde a implementação de estratégias de normação (FOUCAULT, 2008a), como a busca ativa das gestantes dispostas em seu território de cobertura gerencial, caso elas não iniciem ou abandonem as consultas pré-natais, como disposto da Lei nº 13.257, de 2016 (BRASIL, 2016).

Os aparatos legislativos dos programas governamentais de transferência de renda para famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza (GEMINE; PERES, 2021), também se revelam efetivas estratégia rizomática da governamentalidade (FOUCAULT, 2008a) para captura e efetivação determinística do pré-natal (MOURA; FERREIRA; LUCAS, 2022). Este alcance advém das condicionalidades do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2009) e Programa Auxílio Brasil (BRASIL, 2021), que dispõe da obrigatoriedade para realização do pré-natal como critério para continuidade da transferência de renda (MOURA; FERREIRA; LUCAS, 2022), engendrando significativos elementos de controle social: dispositivos de segurança, biopolíticas e anátomo-políticas, gestão da vida, controle econômico e populacional (FOUCAULT, 2010d).

Outro elemento discursivo funcional à governamentalidade do parto é o acionamento da dimensão do risco (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). A noção de risco não faz referência a uma ameaça ou perigo contido em um corpo ou situação, mas sim, um produto contingente advindo dos modos de olhar e performar acerca de uma condição ou fenômeno. Mesmo que sua existência esteja condicionada a uma fabricação permanente, ele remete a instabilidade que pode vir a materializar um dano ou perda, dando concretude a tecnologias

políticas e morais que trazem sentido a distintos aspectos da vida em sociedade (CARVALHO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2019).

Numa perspectiva instrumental, apoia-se na produção de saberes e verdades sobre o sujeito, e no usufruto de uma série de normas empregadas em processos comparativos, contrastadas com valores, cálculos abstratos e estatística, que lhe conferem neutralidade e credibilidade (FOUCAULT, 2012b). Ao mesmo tempo, este campo discursivo reforça outras verdades patologizantes uteis, com ênfase as falhas de funcionamento e imperfeições fisiologicamente intransponíveis, que caracterizam o corpo grávido (ESCOBAL, et al, 2022).

Como resposta a esta urgência, se desenvolvem os dispositivos de segurança relacionados a gestão da vida (FOUCAULT, 2008c), e são reforçados os imaginários sociais de domínio e credibilidade médicas, cabendo a estes experts a apresentação dos procedimentos técnicos e práticas de condução das condutas, como soluções para trazer segurança e reduzir o potencial de complicações (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Dentre as estratégias, tem destaque a intensa vigilância e as ações de disciplinamento, com foco no adestramento das parturientes, utilizando-se da argumentação de prevenção de complicações obstétricas (ESCOBAL, et al, 2022).

De modo singular, os discursos e performances profissionais que enunciam a existência do risco, são confrontados com os discursos e performances das parturientes (TRAVANCA; VARGENS, et al, 2020). Frente a relação profissional-paciente, o medo gerado pelo acionamento da dimensão do risco (ESCOBAL, et al, 2022), potencializa os resultados das estratégias de condução das condutas, maximizando a liberdade do fazer profissional, em detrimento das resistências das parturientes (ESCOBAL, et al, 2022).

A histórica objetificação do corpo parturitivo, e todo saber-poder interligado a cientificação secular dos conhecimentos da medicina, outorgaram aos que o dele tinham posse – os médicos – uma autoridade institucional, que aos poucos foi legitimada moral e socialmente (SERRA; BATALHA, 2019). A manutenção e perpetuação da credibilidade médica e do status da autoridade na sociedade, estão interligadas as ações historicamente bem-sucedidas voltadas ao individual e coletivo, relevadas através da composição um corpo-sujeito medicalizado útil, controlado, domesticado, funcional, e economicamente produtivo (FOUCAULT, 2006b). Através de uma atuação profissional subjetivada

e subjetivadora, a figura médica tem espaço na normalização, construindo suas métricas e soluções aos desvios, e de normação, ao orientar as ações de disciplinamento, correção e punição (FOUCAULT, 2008a).

Por meio das práticas de subjetivação também é perpetuado o imaginário de patologização do parto. Tendo seu início associado ao nascer da medicina moderna e suas especialidades, como a obstetrícia, a patologização visava a consolidação da importância social da medicina, em detrimento de práticas e saberes populares, o que incluía o fazer das parteiras (FOUCAULT, 2011b). Ao descrever a mulher e seus comportamentos como resultado de um corpo e mente frágeis, incompletos, incompetentes, despreparados e incapazes de autogerir as demandas da vida, o que inclui a parturição, sem trazer risco para mulher, para o nascituro e até para sociedade (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), responde-se igualmente a outras demandas existentes de segurança e gestão da vida, como as apresentadas pela psiquiatria (FOUCAULT, 2011b).

De modo concomitante, estes engendramentos discursivos de saber-poder, caracterizados pela superiorização das verdades engendradas nos discursos dos profissionais de saúde, e da inferiorização dos saberes das mulheres (LEAL et al., 2021), alterando paulatinamente a relação dos indivíduos com seu próprio corpo e com a sociedade (FOUCAULT, 2011b). Diante desta condição feminina potencialmente danosa à sociedade, as mesmas ciências que conceberam a patologização, desenvolveram uma série de aparatos e técnicas corretivas (FOUCAULT, 2008c) que, na especificidade do parto, correspondem a práticas assistenciais hospitalocêntricas e intervencionistas (FOUCAULT, 2011b). Na atualidade, a manutenção discursiva com sentido patologizador se associa a crescente medicalização social, que adentra inúmeras dimensões da vida (SANTOS, et al, 2022), enfatizando a credibilidade e autoridade médica (FOUCAULT, 2006b).

A histórica relação de saber-poder existente na interface sociedade-ciências médicas, e a modo secular como esse engendramento circula na malha social, não tem por único objetivo a produção contínua de estratégias de subjetivação que abarquem, dentre outros aspectos, os movimentos de internalização de constructos, talvez inicialmente externos. Busca-se, igualmente, que a internalização deixe resíduos que passam a compor o mesmo, produzindo uma nova realidade interna que interfira nas suas relações de poder

com o outro e consigo mesmo (FOUCAULT, 2006b). É este efeito na forma como o sujeito se relaciona consigo mesmo, colocando-se como objeto para si próprio, ou seja, analisando-se através da objetivação e fazendo funcionar certas operações com relação a ele mesmo, que também é almejado com a subjetivação (FOUCAULT, 1997).

Dentre as ações esperadas do sujeito subjetivado no processo de governo de si, está a continuidade da adesão voluntária às verdades, e aos modos de viver que elas prescrevem, o que inclui ser autovigilante, atento e conciso em relação às próprias vontades, ações e manutenção do engajamento (FOUCAULT, 2006b). Entretanto, como as relações de força que levam ao governo de si não são práticas coercitivas e violentas, sempre há possibilidade de resistir a forças, optando por outras. É nesta faceta que se concatena a possibilidade de exercer a autonomia. Todavia, ela também se caracteriza como um autogoverno, proveniente da liberdade e efetivada por práticas de resistência entrelaçadas a outras verdades subjetivadoras (NETO, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu caracterizar os engendramentos da governamentalidade atreladas a atuação dos sujeitos-profissionais de saúde, para a condução das condutas das parturientes para a e na parturição. Os dados produzidos destacam que o governamento das condutas das mulheres tem início já no pré-natal, através de estratégias que visam a subjetivação, efetivadas por um crescente pedagógico voltado a assegurar a internalização de certas verdades, e a disciplinamento das mentes e dos corpos. De modo a garantir e potencializar os efeitos de governamento obtidos através do pré-natal, são efetivadas outras estratégias, como a busca ativa de mulheres que não iniciam ou abandonam o pré-natal, a criação de grupos de gestantes e o entrelaçamento das estratégias governamentais de gestão da vida e da sociedade, que permitem a captura e vigilância efetivas, por articular distintos vetores de força sociais e institucionais.

Na busca pela adesão voluntária às práticas de governamento, são empregadas diversas estratégias discursivas, dentre elas, as que versam acerca das dimensões da segurança, da insegurança, e do risco. Sua efetivação inclui enunciações que relativizam a capacidade feminina de manutenção da segurança da criança, caso ela não paute seus comportamentos nas prescrições

dos profissionais, ao mesmo tempo que legitima a atuação profissional como solução diante dos perigos, reafirmando a figura do médico a autoridade científica. Este direcionamento visa a docilidade diante das práticas de disciplinamento, bem como, o estabelecimento de um governo de si que efetive a autorregulação dentro dos moldes estabelecidos pelos profissionais, incluindoo afastamento de condutas anormais e desviantes. Ressalta-se que o presente estudo possui limites por analisar as falas deprofissionais de ensino superior de um único centro obstétrico, vinculado exclusivamente ao Sistema Único de Saúde, e localizado no interior da região sul do Brasil, o que pode ter restringido a apreensão de outras enunciações. Entretanto, acredita-se no seu potencial analítico e reflexivo acerca da atuação dos profissionais de saúde, em interface as múltiplas facetas da governamentalidade do parto, suscitando a necessidade de novos estudos e distintas estratégias que desvinculem a assistência ao parto, das práticas hegemônicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 14284, de 29 de dezembro de 2021**. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dispositivos das Leis nos 10.696, de 2 de julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, ano 159, n. 246, p. 1-5, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14284. Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Gestação de Alto Risco** [recurso eletrônico] / High-risk pregnancy manual. 1ª edição – 2022 – *versão preliminar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Estatuto da Primeira Infância**. Lei n. 13.257, de 08 de março de 2016**. Brasília. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm Acesso em: 01 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de orientações sobre o Programa Bolsa Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. **Resolução 510/2016**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho

Nacional de Saúde. Brasília. 2016.

CARVALHO,S. R.; ANDRADE,H. S.; OLIVEIRA,C. F. O governo das condutas e os riscos do risco na saúde. **Interface (Botucatu),** v. 23, e190208, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.190208. Acesso em: 5 dez. 2022.

CAVALCANTI, N. C. S. B.; NAUAR, A. L.; ALMEIDA, M. V. C. Educação e empoderamento feminino: estratégias pedagógicas de grupos de humanização do parto e nascimento em Belém do Pará**. Educ. Form.**, v. 6, n. 2, e4159, 2021. Disponível em: https://revistas.uece.br/index.php/redufor/article/view/4159. Acesso em: 13 dez. 2022.

DAVIS-FLOYD, R.; CHEYNEY, M. **Birth in eight cultures**. 1 ed. Illinois: Editora Waveland Press Inc. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018. Acesso em: dez. 2021.

ESCOBAL, A. P. L. et al. Relationship between power and knowledge in choosing a cesarean section: women's perspectives. **Rev. Bras. Enferm**., v. 75, n. 2, e20201389, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1389. Acesso em: 12 dez. 2022.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. 8. ed. Forense. Rio de Janeiro. p. 254. 2012b.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução de: MACHADO, R.; MORAES, E. J. 2. ed. NAU. Rio de Janeiro. 2005.

FOUCAULT, M. **Dits et écrits**. v. 2: 1976-1988. Gallimard. Paris. 2001.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Martins Fontes. São Paulo. 2010d.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Graal. São Paulo. p. 174. 2006b.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade II**: o uso dos prazeres. Graal. São Paulo. p. 232. 2006c.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de:MACHADO, R. 25. ed. Edições Graal. Rio de Janeiro. 2008c.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7ª ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro. 2011b.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. *In*: RABINOW, P.; DREYFUS, H. M. **Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e a hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a. p. 231-249.

FOUCAULT, M. **Resumos dos cursos do Collège de France** (1970-1982). J. Zahar. Rio de Janeiro. 1997.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. Martins Fontes. São Paulo. 2008a.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 42. ed. Editora Vozes, 2014b.

GERMINE, J. A. L.; PERES, R. G. Transferência de renda condicionada e o trabalho do cuidado: uma análise do Programa Bolsa Família em 2019. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, e0176, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0176. Acesso em: 11 dez. 2022.

KROETZ, K.; FERRANO, J. L. S. A governamentalidade como ferramenta analítica em Michel Foucault. Conjectura: Filos. Educ., Caxias do Sul, RS, Ahead of Print, v. 24, p. 76-91, e019005, 2019.

LEAL, N. P. et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p. 941-50, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020. Acesso em: nov. 2021.

LIMA, M.M. et al. Contribuições de um grupo de gestantes e casais grávidos para seus participantes. **Cogit. Enferm**., v. 25: e66280, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.DOI. Acesso em: 20 out. 2022.

LÓPEZ, L. C.; WERMUTH, M. A. D.; GOMES, P. R. F. Biopolítica e "produção de cesarianas" durante a assistência pré-natal no sul do Brasil. **Revista Videre,** v.*13, n.* 27, p. 57–77, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.30612/videre.v13i27.12976. Acesso em: 11 dez.2022.

MAIA, A. C.; AZIZE, R. L. Health on the fringes: dilemmas of the territoriality of Primary Health Care for refugees in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciênc. & Saúde Coletiva,** v. 25, n. 5, p. 1789- 98, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34972019. Acesso em: 11 dez. 2022.

MOURA, S. M. A.; FERREIRA, M. O.; LUCAS, A. D. P. Vulnerabilidade ao nascer e condicionalidades: estimação com efeitos fixos entre 2012 e 2016. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, e0215, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0215. Acesso em: 11 dez. 2022.

NETO, J. L. F. A analítica da subjetivação em Michel Foucault. **Revista Polis e Psique**, Belo Horizonte, v. 7, n. 3, p. 7-25, 2017.

SANTOS, M. P. S. et al. Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1793-802, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23602021. Acesso em: 13 dez. 2022.

SCHLOSSER, D.F.; FRASSON, A. C.; CANTORANI, J. R. H. Softwares livres para análise de dados qualitativos. **R. bras. Ens. Ci. Tecnol**., Ponta Grossa, v. 12, n. 1, p. 539-550, jan./abr. 2019.

SERRA, M. C. M.; BATALHA, G. F. O. M. Do poder disciplinar ao biopoder: medicalização do parto a partir da incidência de cesarianas. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito** e-ISSN: 2525-9849. Belém, v. 5, n. 2, p. 74-95, Jul/Dez. 2019.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde Soc.,** v. 28, n. 3, p. 171-84, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819. Acesso em: 25 out. 2022.

TRAVANCAS, L.J.; VARGENS, O. M. C. Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, p. 96, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41385 . Acesso em: 13 dez. 2022.

WARMLING, C. M., et al. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 4 [Acessado 2 Janeiro 2023], e00009917. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009917>.

6. 3 ARTIGO 3

A GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO EM MEIO A MALHA SOCIAL: engendramentos identificados por profissionais de saúde

INTRODUÇÃO

Com o nascimento e consolidação da medicina moderna e suas especialidades (FOUCAULT, 2008c), bem como, sua associação aos poderes Estatais-Governamentais, foram estabelecidos, ao longo dos últimos séculos, inúmeras estratégias para a gestão das populações, endossadas pela excelência no controle e condução da sociedade, que adveio do conhecimento obtido sobre o coletivo a ser governado (FOUCAULT, 2008a). A operacionalização da condução e controle populacional efetuou-se através de tecnologias de poder centradas no corpo individual, ou seja, anátomo-políticas que viabilizavam uma ortopedia social (FOUCAULT, 2008c); em outras mais centradas no coletivo, por meio de biopolíticas que originaram programas de administração da sociedade e da saúde; ou, ainda, em ambas (FOUCAULT, 2008a).

O processo de gestão da população foi possibilitado e efetuado por meio das ferramentas e maquinarias usadas na/para a positividade do saber-poder, relacionados a dimensão da verdade, e como ela se torna sustentáculo e sustentada por racionalidades que engendram a governamentalidade. A governamentalidade caracteriza-se pela condução das condutas de modo bastante específico, complexo e estratégico, amparada nos saberes e verdades que constituem racionalidades, e são operadas por um conjunto composto de instituições, procedimentos, táticas, estratégias, análises, reflexões e cálculos, que atuam de modo articulado e funcional (FOUCAULT, 2008a).

Centradas no âmbito do governo racionalizado da vida (FOUCAULT, 2008a), e tendo como articulador histórico preponderante as ciências médicas (FOUCAULT, 2008c), as governamentalidades gerem globalmente o viver, operando nas diversas dimensões que compõe o indivíduo e as populações (FOUCAULT, 2008a), o que inclui o contexto da parturição (FOUCAULT, 2008c). O parto, enquanto fenômeno social singular, passou por profundas transformações no que se refere a assistência, adentrando o campo político de gestação da vida num momento histórico de grande preocupação com os

comportamentos femininos e com sua prole, suscitando o desenvolvimento de ações que visavam a redução da mortalidade infantil e o controle e direcionamento moral, cívico e social dos filhos, como um modo de construir uma sociedade útil, produtiva e dócil (SERRA; BATALHA, 2019).

A composição histórica de saberes e verdades acerca do corpo feminino e da parturição, permitiram a emergência de uma racionalidade que concatenava a governamentalidade do parto por meio de uma série de aparatos discursivos e performáticos, que caracterizavam o corpo como defeituoso, patológico e potencialmente perigoso. Frente a estas verdades cientificizadas, foram desenvolvidas estratégias, como a hospitalização do parto, e distintas práticas, técnicas e instrumentos cirúrgicos e farmacológicos, que visavam controlar e corrigir este corpo parturitivo disfuncional (TEMPESTA; FRANÇA, 2021).

Sob aval da preleção higienista, a concepção médico-hospitalar e patologizadora do parto foi se difundindo na malha social, obtendo legitimação moral e modulando capilarmente o que era parir, como uma ação patológica ou organicamente disfuncional a ser medicalizada e corrigida (SERRA; BATALHA, 2019). Com isso, a própria sociedade torna-se partícipe das práticas de condução das condutas, por meio de relações de poder entrelaçadas com o saber e com a verdade que sustentam a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a).

O conjunto de discursos e performances que sustentavam as verdades sobre o parto patologizado em meio malha social, passaram a ser questionados e contrastados com concepções com sentidos antagônicos, ao longo da segunda metade do século XX. Engendra-se, a partir deste momento, uma nova governamentalidade do parto, concatenada a novas verdades que passaram a ser enunciadas por pesquisadores e profissionais de saúde, alertando a população e órgãos de saúde acerca dos riscos e efeitos negativos da patologização e medicalização do ciclo gravídico-parturitivo. (TEMPESTA; FRANÇA, 2021). Suas características discursivas enunciam a valorização da fisiologia que controla a parturição, o estabelecimento de critérios técnico-científicos para apoiar as decisões assistenciais, a não realização de intervenções desnecessárias, e a valorização dos aspectos emocionais e sociais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Esse novo conjunto de saberes e verdades sobre o parto também adentra a malha social, fazendo com que a sociedade

passe a operar distintas práticas de condução das condutas sob sua regência (FOUCAULT, 2008a), ou seja, direcionadas antagonicamente as existentes anteriormente.

Na atualidade, os saberes e verdades que apregoam a patologização e a medicalização, bem como, os voltados à valorização da fisiologia e a não intervenção sem critérios técnicos, coabitam a malha social e, consequentemente, as práticas profissionais, polarizando os indivíduos envoltos na parturição (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Entretanto, é a difusão discursiva na sociedade, a internalização nos indivíduos e a sua reverberação em condutas naturalizadas, que tornam a malha social produto e instrumento da continuidade da governamentalidade concatenada a racionalidades específicas. Não somente, permite orquestrar composições de forças, que dão uma utilidade prática aos corpos de modo combinado com a utilidade de outros corpos, para que ao fim, o conjunto ganhe uma força produtiva, e obtenha uma condução eficiente (FOUCAULT, 2006c).

Considerando que os efeitos de governo advindos das racionalidades do parto não são resultado da atuação de grupos profissionais específicos, ou da existência de verdades polarizadas, mas sim, decorrência de conexões e atuação conjunta de distintos elementos presentes na malha social, como atores, instrumentos, programas políticos, discursos, dispositivos, instituições, estratégias, procedimentos e táticas, que compõe uma forma complexa, rizomática e específica n a condução das condutas (NICIDA, et al, 2020), este estudo tem como objetivo identificar, na perspectiva dos sujeitos-profissionais de saúde, os engendramentos da governamentalidade do parto difundidos na malhasocial, que conduzem as condutas dos sujeitos-parturientes.

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, que possui como referencial teórico-analítico as teorizações Foucaultianas sobre a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a). Este processo pauta-se nos elementos das governamentalidade e suas respectivas racionalidades, engendramentos e antagonismos, e nas tecnologias de governamento advindas da circulação do saber e das suas articulações com o poder, corporificando-se nos sujeitos e populações por meio da subjetivação, levando a condução das

condutas (KROETZ; FERRANO, 2019).

O cenário deste estudo foi o Centro Obstétrico (CO) de um Hospital Universitário no sul do Brasil. O HU é um hospital público que integra a rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde e o patrimônio da União, tendo como finalidades a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. Caracteriza-se como um hospital de médio porte com 231 leitos, tendo 28 leitos dedicados exclusivamente para o atendimento obstétrico de baixo e alto risco, na modalidade de alojamento conjunto. O CO é composto por duas salas de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP), três salas de cirurgia obstétrica, duas salas de atendimento/reanimação do recém-nascido (RN), uma sala de banho para o RN, uma sala para observação, uma sala de recuperação pós-anestésica, além de outros ambientes logísticos, funcionais e de retaguarda. O setor funciona 24 horas/dia, de forma contínua.

Participaram 24 profissionais de saúde de nível superior que atuam diretamente na assistência ao parto, correspondendo ao universo total de indivíduos destas categorias atuantes neste setor, não havendo perdas ou recusas. A equipe de enfermeiras(os) que atua nesse espaço é composta por 10 profissionais, distribuídos em quatro turno de trabalho: manhã, tarde, noite I e noite II, sendo que a noite a jornada de trabalho é de 12/36 horas. Dos 10 participantes, nove são do sexo feminino e um é do sexo masculino; suas idades variaram de 26 anos, até 53 anos; e, seis possuem especialização/residência na área de enfermagem obstétrica. Já a equipe de médicas(os) obstetras é composta de 14 profissionais, distribuídos em turnos de trabalho de 4, 8, 12 ou 24h, de modo a permanecerem sempre dois profissionais médicos no Centro Obstétrico. Dos 14 participantes, 12 são do sexo feminino e dois são do sexo masculino; suas idades variaram de 31 anos, até 56 anos; e, todos possuem residência médica na área de ginecologia e obstetrícia.

Foram inclusos as(os) enfermeiras(os), e as médicas(os) obstetras que atuam neste ambiente há um período igual ou superior que seis meses, que não estavam de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da coleta de dados. Durante a produção dos dados, utilizou-se como critério de exclusão ser folguistas ou feristas; ser médica(o) residente; e ser enfermeira(o) ou médica(o) obstetra que estava de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da coleta de dados ou que estavam atuando em

homeoffice. O critério idade não foi utilizado como critério de exclusão.

A produção dos dados de deu por meio de entrevista semiestruturada, realizadas durante o mês de julho de 2022, com questões que abordaram as formas de subjetivação, os espaços de circulação discursiva, os conteúdos que adentram o campo do saber e das verdades, e as modulações advindas dos antagonismos da racionalidade materializada no governamento. As entrevistas foram efetivadas exclusivamente pelo primeiro autor do manuscrito. O entrevistador é do sexo masculino, possui graduação em enfermagem e mestrado em enfermagem/saúde, tendo experiência na produção de dados por meio de entrevistas. O mesmo atua como enfermeiro na mesma instituição hospitalar em que se localiza o CO cenário do estudo, porém, em setor distinto dos participantes. Nenhum dos participantes possui relação ou vinculação com o entrevistador. O desenvolvimento do referencial teórico-analítico do manuscrito precedeu a realização das entrevistas. Assim sendo, no momento da produção das falas, o entrevistador estava familiarizado com as teorizações que embasaram a construção do roteiro de entrevista semiestruturada, e a posterior análise.

As entrevistas ocorreram nos dias e horários agendados com os participantes, após o contato prévio e avaliação dos critérios de elegibilidade. Foram empregadas perguntas abertas sobre a temática, tendo as entrevistas duração aproximada de 40 minutos. Estas foram gravadas com a autorização dos participantes. A entrevista foi realizada uma única vez com cada participante, sendo que estes não tiveram acesso ao conteúdo das perguntas antes da realização da mesma. O critério de saturação dos dados não foi utilizado em virtude da participação do universo total de profissionais do setor, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

Após a conclusão das entrevistas estas foram transcritas, sendo efetivada a correção linguística, com revisão do vocabulário, da gramática e dos vícios de linguagem presentes nas falas e, sequencialmente, foi procedido o tratamento dos dados, tendo como ferramenta analítica a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a). Compõe olhar analítico pautado na governamentalidade a investigação do eixo de articulação entre o saber, os instrumentos e a população-indivíduos, correspondendo estes, respectivamente, aos engendramentos do saber-poder; as ferramentas e maquinarias usadas na/para a positividade do saber-poder; e,

o indivíduo-objeto a ser sujeito. A análise considera as relações de poder em suas múltiplas direções e emergências em práticas discursivas e não discursivas; o processo de problematização das técnicas utilizadas socialmente para condução das condutas, em interface ao saber-verdade e racionalidade; e, a constituição de enunciações e enunciados de poder, suas viabilidades e suas visibilidades, em especial, no âmbito da (KROETZ; FERRANO, 2019).

Considerando o olhar teórico proposto nesta tese, optou-se pela não utilização de programas computadorizados – *software* – para a realização da análise. Esta escolha tem por base as características dos programas de análise qualitativa, que se apoiam na lexicografia básica, cálculo de frequência de palavras, codificação de segmentos, hierarquização dos conteúdos predominantes, dentre outros métodos (SCHLOSSER; FRASSON; CANTORANI, 2019), que se acredita não convergirem ao referencial teórico-analítico proposto.

Os aspectos éticos concernentes às pesquisas descrito na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) foram respeitados durante seu desenvolvimento. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrado sob o número 5.492.379, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), número 58273022.6.0000.5324. Para assegurar o anonimato, as(os) enfermeiras(os) participantes foram identificados pela letra “E”, seguindo de número da entrevista, em ordem crescente. Já as(os) médicas(os) obstetras participantes foram identificados pela letra “M”, seguindo de número da entrevista, em ordem crescente. A todos os participantes foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a justificativa, os aspectos éticos e metodológicos, os riscos e benefícios, e demais elementos pertinentes, formalizado por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Por meio do processo de análise estabelecido à luz das teorizações Foucaultianas acerca da governamentalidade (FOUCAULT, 2008a), foram estabelecidas três categorias: ESPAÇOS E REDES DE CIRCULAÇÃO DISCURVISA: instrumentos para a subjetivação; DO “PARIRÁS COM DOR” AO “CONTROLARÁS TEU PARTO”: discursos que modulam o governamento social

do parto; e, NOVAS POSSIBILIDADES PARA O/NO PARIR: resistências e modulações da governamentalidade.

ESPAÇOS E REDES DE CIRCULAÇÃO DISCURVISA: instrumentos para a subjetivação

O arcabouço de discursos difundidos em meio a malha social, advindos de distintos emissores e com múltiplos vetores de forças, fazem circular em rede um conjunto de saberes-verdades que compõe uma intelecção heterogênea das práticas envoltas na parturição. De modo paulatino e, por vezes, quase imperceptível, propagam-se de modo rizomático, sendo introjetadas pelos/nos indivíduos que compõe a sociedade, ao longo de suas vidas. Esta maquinaria de subjetivação torna-se ainda mais intensa durante a vivência do ciclo gravídico-parturitivo, por ser um momento em que são acrescidos de forma programada o arcabouço de discursos emitidos e/ou validados por profissionais de saúde, sob o status de verdades científicas que, além de sustentar as prescrições das políticas públicas, traduzem operacionalmente as biopolíticas. A diversidade de discursos que circulam socialmente, mesmo que tenham sentidos opostos, buscam subjetivar os sujeitos gestantes-parturientes de modo a produzir neles uma naturalidade e automatismo nas formas de ser e agir, ao prescrever condutas e regular os comportamentos.

> O que a sociedade pensa, o que se fala, as informações que umas pessoas falam umas para as outras, os conhecimentos delas têm muita influência. A visão social do que é o parto, do que acontece, [...] de como cada um age [...]. Isso tem muita influência. A mulher faz parte da sociedade que pensa assim. [...] dita muito de como a parturiente vai se comportar, porque ensina pra ela. [...] É uma das coisas que controla o comportamento dela [...] (E10)

> [...] ou é do parto num sentido ruim, negativo, perigoso; ou é num sentido de que pode ser humanizado. Não é unânime [...] essa opinião é em vários sentidos. [...] existe um senso comum do que é o parto em um sentido do que acontece ali, da atuação dos profissionais, da mulher, dos acompanhantes. [...] molda o que ela acha. Ela já chega com uma ideia. [...] interfere nas atitudes que ela vai ter no parto. (M13)

A heterogeneidade de saberes-verdades sobre o parto que circulam socialmente, concebem um indivíduo gestante-parturiente como pertencente a um estrato único, englobado por uma norma própria. Para ele são arquitetadas prescrições comportamentais social e moralmente aceitas, que frequentemente incluem a patologização da gestação e parto, e são propagadas através de

diferentes estratégias acionadas em momentos e por indivíduos diversos. Neste constructo, os sujeitos que compõe a sociedade tornam-se membros da maquinaria de vigilância das condutas da mulher, objetificando-a e esquadrinhando-a como um duplo sujeito-indivíduo a ser controlado: o sujeito gestante-parturiente, capaz de ser subjetivado para alcançar o controle de seus atos, adequando-o aos moldes das prescrições da norma social; e o indivíduo-criança, ser ainda não subjetivável, dependente organicamente e submisso aos atos do sujeito gestante-parturiente. Este imaginário adentra o campo discursivo dando ênfase à fragilidade do indivíduo-criança, e positivando as práticas de vigilância projetadas sobre a mulher, como forma de viabilizar a gestão da vida não só da futura mãe, mas do concepto, por meio de um maior controle deste corpo feminino que contém duas vidas.

Como tática de auxílio aos mecanismos de controle deste corpo vigiado, inclui-se os atos de confissão. A confissão é antecedida por um processo de autoanálise e alto julgamento, em comparação a norma e as verdades aceitas moral e socialmente para o momento da gestação e parto. Durante os atos de confissão, a mulher emite falas que adentram o campo das condutas mais individuais, selecionando em sua emissão os que estão subjetivadamente alinhados com os discursos validados social e moralmente. Ao fazê-lo, ela os reproduz também para a si, introjetando-os novamente em sua vida, e se autoconvencendo de que estas são, de fato, as verdades. Pautando-se nelas, passa a revisar os próprios comportamentos, renunciando àqueles que não podem ser expostos na confissão, em um movimento que as engaja no controle dos próprios comportamentos. Ao final, estas verdades enunciadas pela mulher produzem claros efeitos sobre si, tornando-as autovigilantes eautocontroladoras, como modo de participação ativa da gestão da sua vida e davida do concepto.

> [...] nos vários ambientes que a gestante circula, é muito comum ter gente que pergunte da gestação, o sexo do bebê, que via de parto a mulher quer. Ela acaba sendo estimulada a falar. Falar como as coisas estão indo na gestação, o quê, querendo ou não, expõe um pouco ela. [...] é como se ela devesse satisfação em relação a gestação e das suas atitudes, porque agora não é só a vida dela. É ela e o bebê. [...] falam pra ela se cuidar. Seguir as orientações que recebe no pré-natal, essas coisas [...] isso vai criando um pensamento que chega no parto: não é só ela; é ela e o bebê. Por isso é tão natural que elas sigam tudo que se oriente ou concordem como tudo na hora do parto. [...] por meses tudo ao redor dela foi estimulando a ter uma atitude assim. (E5)

> [...] tem umas coisas muito sutis que vão preparando, estimulando a

> mulher para ser mais submissa aos profissionais no parto. [...] Mesmo que a gestação não seja doença, algumas coisas fazem com que pareça, e que a mulher acabe mudando o dia a dia, o jeito dela. Tomar bebida alcoólica que antes podia, agora não pode. Fumar, que agora não pode. Se automedicar, [...] Mas têm outras coisas. Eu sei que o exemplo que vou dar vai parecer estranho, mas tem sentido. Por exemplo, fila preferencial. A gestante tem uma fila dela, mas que ela divide com idosos e pessoas com deficiências. Todos sabem que no final da gestação até ficar de pé muito tempo é complicado. Eu não estou questionando a importância e legitimidade disso. [...] Mas uma fila com idoso e pessoas com deficiência também passa o recado de que ela não está com a condição de saúde normal. Também reforça essa ideia de doença, de fragilidade. [...] na prática de atividade física também é assim. Como se fosse proibido vários tipos de esporte porque ela tá grávida. Não pode isso, não pode aquilo, por causa da criança. [...] essas proibições de algum modo mantém uma compreensão da gestação e do parto como doença. (M1)

O conteúdo discursivo que é enunciado no âmbito familiar acerca da parturição, também ganha destaque em meio a maquinaria social da governamentalidade. Enquanto espaços de poderes microfísicos, os arranjos familiares possuem dinâmicas interacionais singulares, porém, caracterizadas por vivências e discursividades coletivizadas, em que os saberes que carregam o status de verdade para cada um dos indivíduos, acabam por transpassar os demais, entrecruzando proposições em rede, gerando subjetivação, o que funcionalmente se caracteriza como dispositivo. As afirmações enunciadas no coletivo familiar acerca do parir, produzem e reproduzem um imaginário que é levado pelo sujeito gestante-parturiente para o momento do seu parto, revelando-se nas suas condutas, o que inclui os processos interacionais com os profissionais de saúde, na (in)subordinação e (des)obediência. As verdades enunciadas no meio familiar e que passam a compor o imaginário destes sujeitos acerca do parto, têm seus efeitos ampliados quando estas possuem mais um porta-voz no momento da parturição: o familiar-acompanhante. As repercussões da presença deste sujeito familiar-acompanhante são heterogêneas no que tange a governamentalidade do parto, estando este efeito condicionado com o (des)alinhamento das verdades que os subjetivam, em interface as verdades que subjetivam as parturientes e os profissionais de saúde.

> Mulher é ensinada sobre ser mãe quando é criança ainda. Ganha boneca bebê, brinca de cuidar, dar mamadeira, trocar fralda [...]. Tudo isso é ensinado dentro de casa. Sobre parto não é diferente. Claro que é em outra fase da vida, mas ela também aprende sobre parto vendo o que se fala do parto dos outros. Ouve que dói, que tem complicação, que fazem cesárea, que fulana passou mal depois da anestesia. Essas coisas. [...] vem pro parto com toda essa bagagem. [...] As atitudes dela

> tem muita relação com isso tudo. (E8)
>
> [...] a família tem muita importância, tanto no que a mulher aprende sobre parto ao longo da vida, por cauda do parto das irmãs, das primas, das tias, que fazem ela criar um imaginário de como é o parto, de como tudo acontece; quanto na hora do parto em si. [...] O familiar que tá na hora do parto interfere muito na mulher. Tem uns que deixam a mulher ainda mais nervosa, estressada, e elas ficam menos colaborativas. Acaba que interfere até no nosso trabalho, na nossa relação com ela, porque atrapalha a comunicação. Elas acabam não indo conforme a gente orienta. [...] mas têm também aqueles que facilitam. Eles ficam de olho, ajudam pra mulher seguir o que a gente fala. (M8)

Os contextos e eventos envoltos com o momento da parturição produzem grandes influências no governamento das gestantes-parturientes, podendo redirecionar concepções e comportamentos, (in)validar saberes-verdades e (des)legitimar as múltiplas vivências subjetivadoras experienciadas pela mulher ao longo de sua vida e gestação. Isso ocorre, pois, o conjunto de acontecimentos englobados pelo parir coloca a mulher em meio a interações subjetivadoras, efetuadas por diferentes mecanismos até então absconsos por ela. Destaca-se: a obrigatoriedade do confinamento da mulher no hospital, para uma melhor objetificação, esquadrinhamento e controle; a interação com outras parturientes que vivenciam ciclos fisiológicos ou fisiopatológicos distintos, elencando enunciações que incorporam as dimensões da insegurança, do medo e da incerteza como estratégia de subjetivação; e, a interação com profissionais, cuja centralidade discursiva é voltada para a valorização da segurança, das condutas cientificamente validades e do controle do corpo, como método de disciplinamento. A inserção em arquiteturas e campos discursivos e vivenciais distintos do imaginário construído ao longo da vida e da gestação, põe em dúvida as certezas discursivas que a mulher traz consigo, deixando-a vulnerável no que tange a condução das próprias condutas, o que facilita as táticas de governamento estabelecidas pelos profissionais de saúde.

> [...] esse período aqui no Centro Obstétrico, ou quando elas ficam internadas na maternidade antes do parto, acaba sendo bem significativo pra maneira como as coisas no parto vão acontecer. [...] A equipe está junto, e vai direcionando as coisas. Avaliando, monitorando. [...] elas recebem muitas informações nesse tempo [...] aprendem vendo ou sabendo do que está acontecendo com as outras parturientes também. É algo que acontece de forma espontânea. [...] (M5)
>
> [...] o parto no hospital é algo histórico [...] acho que é somente na hora do parto que elas entendem que o local mais adequado pro parto é o

> hospital. Tem a possibilidade das casas de parto, mas não é nossa realidade. Mas teria o mesmo sentido. [...] o quero dizer é que elas entendem que é o lugar mais seguro, porque tem o profissional que possa orientar, estar junto, intervir [...] O hospital, os profissionais que estão ali, as tecnologias, tudo. É muito forte a importância disso na sociedade. Tem essa imagem de ser o lugar onde o parto acontece da forma mais segura. Mais científica [...] exatamente por ter como intervir. (M11)

Com a consolidação e contínua expansão dos meios de comunicação e formatos de mídia, sejam eles radiofonados, literários, televisivos ou informatizados, a governamentalidade do parto incorporou e foi incorporada por novas estratégias de subjetivação dos sujeitos e da sociedade. Este conjunto de tecnologias de poder desterritorializados denominados de noopoder, conecta sujeitos em rede, fazendo operar sobre eles técnicas de subjetivação acerca do gestar e do parir sem que haja uma interação direta entre os indivíduos ou, o uso de práticas de objetificação, esquadrinhamento, confissão e disciplinamento, trazendo a tônica da liberdade como elemento central. Com isso, propagam-se saberes sob o status de verdades com múltiplos direcionamentos de intelecção, capturando as sociedades, as famílias e as gestantes-parturientes em redes de poder invisíveis, que parecem não existir, porém, que se tornam claras ao reverberarem no modo com as mulheres conduzem as próprias condutas no momento do parto, subjetivadas aos discursos de biopolíticas heterogêneas e, por vezes, divergentes.

> [...] o que aparece nas mídias sempre teve muita influência. Antes mesmo das redes sociais, sempre foi algo importante, principalmente o que mostrava nas novelas. A maioria das vezes, eram partos completamente fora da realidade, mas era muito do que as mulheres aprendiam. Até a respiração errada na hora do parto as novelassempre ensinaram, e as parturientes vinham fazendo [...] Os partos das famosas ditavam moda também. Aparecia nas revistas, na televisão. Davam entrevistas contando coisas do parto vaginal ou da cesárea, da recuperação. Dá pra dizer que virava um ideal para as mulheres, de quererem semelhanças no parto delas, com o da “artista tal”. Essas coisas. [...] claro, num sentido figurado, mas sempre teve. [...] Agora quem dita isso são as redes sociais. [...] (M6)

> [...] As redes sociais têm um poder muito grande. São coisas que elas [parturientes] têm contato ainda na gestação e põe em prática no parto. Circula muita informação lá. Tem páginas sobre várias coisas, grupos de WhatsApp onde trocam experiências, relatos, compartilham *posts*. Começou ainda no tempo do *Orkut* e dos *Blogs*. [...]. Hoje já são outras as redes. [...] Tem informações corretas, mas tem muita coisa errada também. Nas redes sociais não tem esse filtro. Elas têm contato com a informação errada, e muitas acreditam. Passam a seguir essa informação. [...] elas trazem muito disso pra hora do parto, nas

> perguntas delas, na forma como elas agem. [...] dá pra dizer que é uma das coisas que mais interfere atualmente. [...] mas essa relação vinha de antes. Pelo modo como o parto sempre apareceu na televisão, nos jornais, nas revistas. Já refletia há décadas. (M10)

DO "PARIRÁS COM DOR" AO "CONTROLARÁS TEU PARTO": discursos que modulam o governamento social do parto

O conjunto de discursos engendrados a governamentalidade do parto se caracteriza pela diversidade de saberes-verdades, pela fluidez em meio ao corpo social, e pela heterogeneidade de efeitos na condução das condutas. Estes estão diretamente relacionados a historicidade das ciências obstétricas, perpassados por saberes-verdades pertencentes a outras dimensões da vida social governamentalizada, e aditivados pela fugacidade da transmissão de conhecimentos por meio das tecnologias do noopoder.

Dentre os discursos predominantes, foram destacados os que dão ênfase a valorização do controle e interferência sobre os processos fisiológicos corporais, através de intervenções muitas vezes dolorosas. Correlacionados a historicidadeda produção de saberes médicos, os discursos que enaltecem as potencialidades das intervenções sobre o corpo e as interferências sobre a progressão natural dos processos fisiológicos, revelam a perpetuação do valor simbólico atribuído às práticas que, em um passado recente, eram ratificadas como verdades científicas. Estes saberes-verdades compuseram uma intelecção que ultrapassa o campo discursivo e seguem se materializando nas condutas das mulheres e dos profissionais de saúde. Enquanto as práticas intervencionistas são efetuadas, objetificando, esquadrinhando, interferindo e conduzindo o corpo da mulher, elas se autoafirmam como um ideal de parto, gerando a subjetivação dos sujeitos, mesmo diante da existência e valorização científica de saberes com sentidos antagônicos.

> Existe uma supervalorização da cesárea na sociedade. Chega a ser estranho, porque as pessoas falam com medo sobre fazer qualquer tipo de cirurgia, mas acham natural fazer cesárea, que é uma cirurgia super invasiva e que deixa a mulher cheia de dores e limitações no início do puerpério. Como se submeter a mulher a uma cirurgia fosse a ideal, o mais seguro, como se não tivesse riscos. [...] algumas manifestam seu desejo pela cesárea. Tentam nos convencer. Insistem. Já chegam com a certeza que querem cesárea. Completamente certas disso. [...] Isso que se fala da cesárea como a melhor forma de parir, também significa dar mais valor ao corpo da mulher como o organismo em que vai ser feita a intervenção, do que para a mulher em si, como alguém ativo em todo esse processo. (E1)

> Até poucos anos atrás era comum dar ocitocina em quase todas, fazer

> episio [Episiotomia] sem necessidade, fazer toques [vaginais] frequentes, essas coisas. Muitas mulheres eram submetidas, e se tornou comum elas falarem sobre isso umas para as outras. Hoje em dia não é mais uma rotina esse tipo de intervenção, mas as multíparas que tiveram outros partos naquele modelo antigo ou porque ouviram muito sobre, continuam achando normal essas intervenções. Não é raro alguma questionar se não vão colocar “aquele sorinho pra ir mais rápido”, [referência a administração de ocitocina], ou acharem estranho que o toque [vaginal] aconteça em intervalos maiores. (M12)

De encontro ao exposto, outros discursos concatenados a governamentalidade do parto dão ênfase a não realização de procedimentos e intervenções consideradas tecnicamente desnecessárias. Este arranjo discursivo está associado a propagação de conhecimentos alinhados com a políticas públicas contemporâneas e com arcabouço científico que as sustentam. Mesmo que tenham subjetivado gestantes-parturientes e seus familiares-acompanhantes, os discursos que visam dirimir interferências e intervenções sobre a progressão natural do parto necessitam de um contexto propício para se tornam enunciáveis por estes sujeitos no momento da parturição. Quando em condições favoráveis, os discursos adentrarem o campo das microfísicas do poder, podendo originar a condução das condutas dos profissionais. Todavia, este efeito não é uníssono, estando facultado a outros elementos que são computados em meio a dinâmica assistencial, e que fazem parte da atribuição do status de verdade para os saberes mandatórios daquele instante.

> Hoje em dia muitas das parturientes têm compreensão de que têm critérios para se fazer os procedimentos. Sabem do partograma, dos métodos de alívio da dor, que não há necessidade de episio [episiotomia], fórceps. [...] Isso vem muito do acesso a informações que elas têm hoje em dia. Principalmente por causa das redes sociais. [...] elas costumam dizer que não querem, questionar. Disso de “dizer que não quer” é algo bem interessante, porque é algo literal: “eu não quero uso de ocitocina”, “eu quero ir pra bola”, “quero ir pro banquinho”. [...] é muito bom até pra garantir que se mantenha dentro do que é preconizado. (E3)

> [...] como tem toda essa troca de informações, as mulheres agora sabem melhor sobre as intervenções e compreendem quando é explicado o que está acontecendo. [...] mas por isso algumas negam certas coisas. [...] É um certo tipo de controle da mulher sobre o que tá acontecendo. [...] claro que são inúmeras as vantagens delas terem conhecimento. Mas se existe uma situação real, uma alteração na dinâmica ou parada de progressão que não respondeu as condutas sem intervenção, por exemplo, e a gente explica e mostra que existe a necessidade de alguma intervenção. A grande maioria entende eaceita o que a gente fala. Mas as vezes acontece de alguma achar que as coisas que ela sabe são suficientes pra negar o que a gente diz. Ignorar a avaliação que foi feita. É bem delicado, porque ela tenta ter controle numa situação que o corpo dela não está controlando bem a

progressão do parto. (M3)

Também engendrados a governamentalidade do parto estão os discursos sobre condutas que recebem a denominação de violência obstétrica, com múltiplos sentidos e efeitos. A nominação de condutas enquanto violência obstétrica revelou-se atrelada ao imaginário social comparativo das práticas aceitáveis nos engendramentos do governamento, do esquadrinhamento e do disciplinamento, em contraste com práticas determinantes e verticalizadas. Estas inviabilizam a efetivação de relações microfísicas, havendo um único polo mandatório que dita as condutas, face a outro que permanece impotente, em um campo em que não há liberdade de ação e enunciabilidade por parte da parturiente. Neste contexto discursivo, o sujeito-parturiente é objetificado e reduzido ao corpo para qual são destinadas as ações e intervenções, impedindo levantes ou qualquer outra rota fuga e possibilidade de relação. O conjunto discursivo acerca das práticas denominadas violentas, transpassa os sujeitos e engendra preconcepções, pré-julgamentos e ações subjetivadas, mobilizando uma contínua avaliação das condutas profissionais, que passam a ser classificadas em um dualismo simples: condutas violentas e condutas não violentas. Mesmo quando não se processam práticas classificadas como violentas, a subjetivação prévia das parturientes a esses discursos faz emergir resistências frente a condução das condutas pelos profissionais, interferindo diretamente na dinamicidade das microfísicas do poder no momento do parto. Este constructo também forja as condutas e comportamentos dos profissionais de saúde, que passam a investir no governo de si de modo a efetivá-los dentro do aceitável para as concepções e imaginários das parturientes e demais membros da sociedade. Para além, exige dos profissionais o estabelecimento de novas rotas de governamento que ultrapassem as resistências e viabilizem a condução das condutas para efetivar a gestão da vida.

> [...] uma das coisas que se ouve com mais frequência é a questão da violência obstétrica. [...] Se fala coisas nos dois extremos: “tudo é violência”, ou, “nada é violência”. Nas redes sociais é onde mais circula informação disso, mas tem muita coisa errada. [...] isso cria um clima desconfortável, porque ela já vem esperando o pior. Já vem na defensiva. Para a equipe também, que mesmo fazendo tudo certo, sente como se tivesse sendo avaliada. Como se a mulher e o acompanhante ficassem tentando encontrar alguma coisa errada no que a gente tá fazendo. [...] Essa enxurrada de informação de que tudo é violência é muito ruim porque deixa as mulheres confusas, com uma visão deturpada para analisar as coisas, mesmo a gente explicando

> porque vai fazer certas coisas, que tem necessidade, algumas compreendem errado, ou até entendem que é violência, mesmo não sendo [...] (M14)

> [...] ah, é muito ruim a forma como isso influencia, porque distorce a realidade. Muitas vêm esperando que tudo vá ser violência. Fica atenta pras coisas ruins ou entende tudo como algo ruim. [...] se a gente fica junto, se sente sufocada. Se dá mais liberdade, sente que ninguém tá cuidando. Se precisa fazer toque vaginal, tá violentando. Se não fazo toque porque não tem necessidade clínica, tá colocando o bebê em risco [...] esse pensamento de que todo parto é violento deixa a mulher numa tensão terrível. Elas chegam com mais medo, mais tensas, acuadas, e o corpo mostra tudo isso. Elas têm dificuldade de relaxar. Isso atrapalha muito na progressão [...] Também é muito ruim pra equipe. Fica sempre com a "pulga atrás da orelha", "pisando em ovos". (M9)

Como polo oposto à dimensão denominada como violência obstétrica,tem-se a dimensão discursiva da humanização. Todavia, os sentidos atribuídos a estes discursos são heterogêneos, gerando estratégias de governamentos desuniformes, contrastantes e, por vezes, mobilizadoras de rotas de fugas que, sob a avaliação profissional baseada nos saberes que atualmente gozam do status de verdades científicas, configuram-se em comportamentos inseguros, que devem ser minimizados. Isto ocorre, pois, o primeiro polo de sentidoatribuído as enunciações sobre humanização, prescrevem um conjunto de comportamentos e condutas alinhados com arcabouço científico, elencando consigo a segurança como balizador da condução das condutas. Nesta perspectiva, inclui-se o emprego criterioso de intervenções e interferências, com vista a manter os acontecimentos fisiológicos do corpo parturitivo dentro dos limites estabelecidos pela norma para a gestão da vida. Este campo de significados de humanização também é basilar à prescrição comportamental, que é entendida como ideal e contributiva ao parto e ao fazer dos profissionais de saúde, gerando uma avaliação positiva sobre as relações estabelecidas nas microfísicas do poder. Já polo oposto de sentidos atribuídos aos discursos sobre humanização, ao ser julgado pelo olhar cientificizado dos profissionais de saúde, remete a dimensão da insegurança, por extrapolar o conjunto de comportamentos possíveis e aceitáveis que estão prescritos nas políticas públicas e em seus respectivos embasamentos considerados verdades científicas. Ainda como artefato deste significado, tem-se a valorização do parto cirúrgico enquanto prática humanizada, em detrimento do parto vaginal, que passa a compor o imaginário de acontecimentos não desejáveis, que devem ser

evitados por meio da condução das condutas.

> O que circula sobre humanização atinge bastante nos profissionais e nas parturientes. [...] Mas tem o lado bom, e o lado não tão bom. Falo isso, porque frequentemente as pessoas confundem as coisas. O lado bom seria num sentido da ideia de humanização da Organização Mundial da Saúde, e do que o Ministério da Saúde traz. A humanização como algo científico. Um parto humanizado, é um parto onde a ciência guia os profissionais, que é seguro para mulher e pro bebê, em que a mulher se sente respeitada, amparada. Tem muita mulher que vem com esse entendimento, principalmente as que fizeram um bom pré-natal [...] Mas tem que fazer essa ressalva, porque circula muito a informação de que parto humanizado é exclusivamente o parto em casa, até sem profissionais de saúde, que é uma visão muito limitada. Uma visão ruim, mas que muita gente tem. [...] Então quando se fala de parto domiciliar sem a presença de obstetra, pediatra, da enfermagem, um parto em que tá a mulher sem o amparo desses profissionais, é um parto sem segurança. Um parto com muito mais risco. Algo que aumenta o risco da mulher e do bebê não pode ser considerado humanizado. Quem entende que parto humanizado é assim, não tem muita noção do parto ou dos riscos [...]. Mas infelizmente a gente ouve muita gente manifestando isso, como se fosse o ideal. (M3)

> Acho que o que é mais relevante em tudo que a sociedade fala e sabe sobre humanização do parto, é o quanto as mulheres vêm preparadas hoje em dia. Elas chegam tendo uma noção enorme de como tudo acontece, de como ela pode contribuir, da forma como a gente trabalha, essas coisas [...]. Outra questão é de ter um certo embasamento para avaliar as atitudes dos profissionais em relação ao comportamento. Se elas estão se sentindo respeitadas. Claro que existem extremos, de confundir humanização com ausência total de algum procedimento, ou de deixar a mulher solta, sem orientação, e não é isso. Colocar os dois em risco só pra dizer que não houve nenhuma intervenção, não houve ocito [ocitocina], por exemplo, é algo completamente equivocado. A cesárea é um outro exemplo. Como a cesárea eletiva é muito popular, tem muita gente que entende que toda a cesárea é humanizada e todo parto vaginal não é. Como se vivenciar todo o trabalho de parto fosse algo desumano. [...] (E7)

Como elemento aditivo aos discursos que apregoam a humanização e a não realização de procedimentos e intervenções no corpo parturitivo, tem-se os abarcados sob a nomenclatura de empoderamento e autonomia. Enquanto engendramento resultante da existência da liberdade na qual os sujeitos estão socialmente dispostos, o empoderamento e autonomia remetem às microfísicas do poder que permitem que a parturiente seja capaz de projetar sua fala e adentrar as engrenagens da condução das condutas com naturalidade. Entretanto, é a captura anterior nas redes da governamentalidade, por meio da subjetivação, que torna esta maquinaria eficaz. Isto ocorre por já estarem clarificados e introjetados nas parturientes o conjunto específico e bem

delimitados de possibilidades de comportamento, interações e enunciações, que garantem a ela e aos profissionais de saúde a percepção de efetivo controle sobre o parto, sob a égide de significados restritos dos termos empoderamento e autonomia.

> [...] não sei se o significado da palavra empoderamento é entendido da forma correta. [...] Não é a mulher fazer tudo que quer, de qualquer jeito, na hora que quer. Ela pode decidir, ajudar a equipe nisso. Claro! Mas isso só funciona quando ela foi preparada. [...] o que se espera que a mulher tenha uma voz ativa, possa falar o que ela deseja, o que ela sente, o que ela espera de nós [...] claro que isso tem uma direção. Ela tem que ser educada pra isso. Mas de maneira geral acho que o que a sociedade entende de empoderamento no parto é isso, porque as mulheres que são mais ativas são aquelas que buscaram se preparar, foram ler, participar de curso de gestante. (M7)
>
> [...] se fala muito sobre empoderamento mesmo. Como se fosse uma forma simples de dar poder pra mulher, dela ter total autonomia. Mas isso tem muita coisa por trás, porque na verdade um sentido que se dar para o empoderar é deixar com mais conhecimento sobre todo o processo do parto, e como se a autonomia fosse resultado do conhecimento que foi passado pra ela. Mas não é tão simples assim fazer isso. [...] acho que muito do conhecimento que é passado pra gestante sobre o parto, sobre o que vai acontecer, sobre como agir pra contribuir, como participar ativamente de tudo, dá pra ser entendido também como uma forma de educar ela pra agir como os profissionais querem. [...] é como se fosse ela decidindo, tendo autonomia. Mas na verdade ela tá seguindo aquilo que disseram pra ela que era o melhor. Que era o certo. (E9)

NOVAS POSSIBILIDADES PARA O/NO PARIR: resistências e modulações da governamentalidade

A historicidade recente das ciências obstétricas e outras dimensões da vida social governamentalizada, em interface com as transformações sociais no que se refere a concepção dos partos como eventos familiares privados ou públicos, trouxeram ao parto contemporâneo um novo status: o de evento social ampliado. Com isso, passaram a compor o hall de ações cabíveis na parturição, a presença de acompanhantes do sexo masculino e os registros fotográficos do processo parturitivo. A especificidade da presença de acompanhantes do sexo masculino no parto revela uma governamentalidade que vem reescrevendo a disposição dos papéis sociais e o campo de possibilidades de condutas para homens e mulheres, que contrasta com o histórico secular caracterizado pela não presença de acompanhantes do sexo masculino no ambiente do parto ou nos cuidados às parturientes. Já a dimensão dos registros fotográficos e da exposição dos mesmos em meio das redes tecnológicas onde maquinam os

noopoderes, está atrelada a outros investimentos da governamentalidade tipificada pela tendência social de exposição da vida em diferentes mídias. Todavia, a captura crescente de novos adeptos que tornam desterritorializadas suas vivências parturitivas, revela uma nova composição dos regimes de enunciabilidade sobre o parto, que incluem a reafirmação do poder de gerar a vida, associada a uma releitura moderna do papel social da mulher, perpassada pelo desejo subjetivado de confessar e comprovar a parturição, como forma de validação da maternidade.

> Mudou muito a forma como a gestante e a família se organizam pro parto. De antes ser algo mais reservado. [...] Acho que a primeira grande mudança foi em relação ao acompanhante. Primeiro por incluir o acompanhante em si, mas que sempre eram mulheres: a mãe da parturiente, a irmã, a amiga. O parto ainda tinha essa coisa de ser algo feminino, como aspecto histórico. [...] Com o passar do tempo essas mulheres passaram as ser substituídas pelos pais das crianças. Não pra todas, mas antes era raro o homem ser o acompanhante. Hoje é o mais frequente. [...] Com os celulares que foram ficando mais modernos, dai quem entrou no parto foram as fotos [risos]. Agora todo mundo vê o parto pelas fotos depois. Deixou de ser algo restrito da mulher e seu acompanhante. No dia seguinte depois do parto as fotos estão nas redes sociais [risos] [...]. Isso tem todo um significado [...] Existe uma pressão social para que as mulheres sejam mães, e passar pelo parto faz parte disso. (E2)

> Hoje as parturientes e os acompanhantes querem mostrar o parto. A gente precisa até orientar para que eles não tirem fotos ou não postem fotos que exponham o corpo da mulher, porque as vezes eles tiram fotos do período expulsivo [...]. Isso expõe a equipe também. Querendo ou não, eles registram o que estamos fazendo. [...] Acho que essa mudança de comportamento, de se tornar comum tirar fotos, vem de umas verem as fotos das outras. [...] mas acho também é resultado do aumento da segurança do parto e das mulheres terem sido melhor instruídas sobre o que acontece, a ponto de ter voz pra pedir isso. Há 20 anos atrás uma mulher não teria liberdade disso. Não haveria espaço pra ela falar pra equipe que quer isso. (M1)

Outra estratégia de modulação da atuação profissional advém dos planos de parto. Sua existência está associada a comunhão de saberes subjetivados adquiridos pela mulher ao longo da vida e pormenorizados no pré-natal que, ao se interseccionar com outras maquinarias da governamentalidade, produzem o plano de parto como estratégia de governamento. Ela está baseada no registro de prescrições normativas detalhadas que visam disciplinar as ações dos profissionais de saúde através do apontamento de procedimentos, práticas e intervenções que as mulheres desejam e/ou não desejam que sejam implementadas durante a parturição. Mais do que uma prospecção imaginária dos acontecimentos e ações, os planos de parto integram a dimensão técnico-científica com os aparatos jurídicos. Deste modo, ao serem apresentados no

momento do parto, eles adentram a maquinaria do disciplinamento profissional e da condução das condutas, ganhando materialidade na conduta e na voz das parturientes e de seus familiares, enquanto elemento enunciador potente e legitimo das verdades reguladoras dos comportamentos. Ao mesmo tempo, são instrumentos efetivadores e validadores da resistência das parturientes frente a rotas condutivas diferenciadas do plano de parto, que possam ser intentadas pelos profissionais. Entretanto, também originam resistências por parte dos profissionais, em especial quando o conjunto prescritivo se torna incompatível com a realidade singular vivenciada no parto, por não contemplar os processos fisiopatológicos que se instauraram, comprometendo a atuação profissional e a segurança para a gestão da vida.

> [...] também dá pra citar os planos de parto, que é algo que tá começando a se popularizar. [...] Se a gente for analisar, é algo bem interessante, porque é um documento em que estão registradas várias decisões da mulher sobre o parto dela. [...] Têm uns que são super coerentes. [...] Mas têm outros que não dão margem para atuar diante de uma intercorrência, porque é um documento que tá prescrevendo as condutas técnicas muito específicas e que não dão margem pra atuar. [...] é algo que precisa ser amadurecido melhor. (E4)

> Na maioria dos casos os planos de parto são feitos ao longo de um bom pré-natal. Daí discutem as coisas, o risco que existe, as vantagens e desvantagens de cada situação. Esses são os que a gente consegue ter tranquilidade pra seguir, porque eles incorporam as intercorrências e o que é necessário fazer se elas acontecerem. Mas tem plano de parto que antes de registrarem não fazem todo esse preparo da mulher pra ela escolher com cuidado tudo que está sendo escrito ali. Quando isso acontece, pode rolar estresse, porque os profissionais não vão colocar a parturiente e a criança em risco de morte [...] (M2)

A circulação na malha social de narrativas científicas, saberes e verdades, de modo ampliado e conteúdo heterogêneo, vem engendrando uma nova disposição de indivíduos na assistência ao ciclo gravídico puerperal. Com isso, as engrenagens discursivas normatizadoras que historicamente subjetivavam a sociedade no que se refere a perpetuação da atuação médica hegemônica na parturição, passaram a também propagar discursos sobre a ampliação da atuação da equipe multiprofissional no parto, e da inclusão de novos indivíduos neste coletivo profissional. Dentre estes, destaca-se a atuação do enfermeiro obstetra e das doulas. Como produto do desenvolvimento de saberes-verdades que concatenam biopoderes e estratégias biopolíticas, traduzidas em Políticas Públicas prescritivas, têm-se a presença e a atuação do enfermeiro obstetra, que ganha espaço na assistência à gravidez e parto, como agente do governamento

em meio as microfísicas do poder que ocorrem no território do centro obstétrico. Mesmo estando alinhada com as verdades cientificizadas que enunciam a atuação do enfermeiro obstetra como parte dos saberes que sustentam a racionalidade governamental, este pode encontrar resistências de outros profissionais. Porém, estas ecoam sobre arranjos maquínicos da governamentalidade do parto que parecem não interferir no âmbito microfísico da relação com as parturientes na sala de parto.

Em relação a atuação das doulas, estas advêm da circulação discursiva subjetivadora que versa acerca dos efeitos benéficos trazidos por sua intervenção aos processos psicológicos e fisiológicos do parto. Entretanto, a inserção destes agendes do biopoder é heterogênea, estando este aspecto atrelado a não prescrição das Políticas Públicas vigentes no que se refere a atuação laboral das doulas, fazendo com que não sejam normativamente incorporadas como parte da rede profissional que deve compor os centros obstétricos. Esta característica torna incipiente a assistência das doulas no âmbito populacional. Porém, quanto efetivada, ela é moduladora da assistência não somente na dinamicidade microfísica, mas também, nos redirecionamentos discursivos e estratégicos da governamentalidade.

> Hoje a visibilidade da enfermagem na sociedade é muito maior, e a noção da participação do enfermeiro obstetra também. Começa pelo pré-natal, porque a maioria das consultas de baixo risco pelo SUS, são feitas por enfermeiros. E isso se estende pro parto. Essa opinião não é uniforme, mas houve muito avanço nesse entendimento. Talvez a maior resistência ainda seja dentro das instituições, pelos gestores ou por outras classes profissionais. Mas entre as parturientes isso tem sido muito positivo. (M4)

> Uma coisa que hoje tá muito latente é a questão da doula. Muitas mulheres já chegam com a doula de acompanhante. Outras querem a doula e mais o acompanhante. [...] muda a dinâmica do parto porque muitas das ações que a gente faz nas questões do conforto da mulher mesmo, a doula passa a atuar. Da massagem, uso da bola, acompanhar ela nas técnicas de relaxamento. E nas questões de apoio emocional, de incentivo também. É um novo caminho que tá se criando e vai tornando o parto algo ainda melhor pra mulher. (E6)

> [...] É algo que agora que estamos conseguindo estruturar para ofertar pelo SUS [Sistema Único de Saúde]. Não pela tabela do SUS, mas como prática extensionista, com voluntários com formação de doula. Mas já vai alterando a realidade do parto, porque na correria de conciliar o baixo risco com o alto risco no mesmo serviço, nem sempre se tem tempo pra se dedicar por muitas horas para por em prática coisas que fazem a mulher ter mais conforto físico ao longo do trabalho de parto. [...] a doula veio pra somar [...] e querendo ou não os serviços

> têm que se adaptar a essa nova realidade, porque as mulheres tem ciência da vantagem que é ter, e muitas já chegam pedindo. (M11)

O ininterrupto desenvolvimento científico contemporâneo engendrou possibilidades inovadoras de gerar e gerir a vida, ultrapassando limites fisiopatológicos até então determinantes. Estes biopoderes vêm superando desafios pertencentes a vida governamentalizada em várias dimensões e, dentre eles, tem-se a dos limites corporais que inviabilizavam o gestar e o parir. Ao romper esta barreira, concatenam-se novos imaginários sociais, distintas produções de saberes e verdades e toda a maquinaria relacionada a governamentalidade do parto, que é referente a crianças concebidas através de tecnologias do biopoder. O escrever desta nova racionalidade reacende discursos acerca da incapacidade do corpo feminino de autogerir a gestação e a parturição, sem que haja risco para mulher e para o nascituro. Este aparato discursivo patologizador, que se apoia no evento inicial da não concepção por meios fisiológicos, modula as microfísicas do poder e a condução das condutas no parto. Com isso, a realização de procedimentos e intervenções nos corpos parecem revalidados pelas próprias mulheres. Tal aspecto parece estar relacionado com medo em relação ao resultado da gestão da vida no momento do parto, que acaba sobrepondo-se a subjetivação aos demais saberes e verdades socialmente e estruturalmente difundidos, que apregoam a não interferência nos processos fisiológicos que ocorrem dentro da norma.

> Essa questão das terapias que viabilizam a gestação em situações que há 20 anos não seria possível, toda a reprodução assistida, tem todo um significado para o parto de alguma forma, porque muita gente já entende a gestação como um risco, mas nessas gestações de reprodução assistida a sensação de risco que a mulher tem é ainda maior. Há um medo muito latente de perder o filho, que fica muito mais aparente e é claro que isso parece no parto. [...] Mesmo quando não há indicação nenhuma de cesárea, elas vêm querendo na maioria das vezes. Quando evolui para parto normal, essa questão do medo é algo que aparece no comportamento dela. Elas são mais resistentes quando a gente pede para caminhar, quando orienta mudança de posição, essas coisas. Elas querem ficar paradinhas pra não ter perigo. Até nas avaliações isso muda, porque elas são mais ansiosas, solicitam avaliação com intervalo menor que o necessário. [...] (M1)

DISCUSSÃO

Os engendramentos da governamentalidade perpassam múltiplas estratégias e ferramentas que, de modo rizomático e intersecionado, conduzem as condutas dos indivíduos em sociedade (FOUCAULT, 2008c), através do seu

engajamento, e não de submissão coercitiva (FOUCAULT, 2008a). Esta complexa maquinaria corporifica-se socialmente por meio das relações de poder (FOUCAULT, 2008c), sob a égide de racionalidades que expressam à guisa de inteligibilidade do social, e produzem modos específicos e bem delimitados de ser e viver em sociedade (LOCKMANN, 2020). Na especificidade do parto, as racionalidades existentes versam em distintos sentidos, que apregoam, relativizam ou contra-argumentam acerca de condutas, práticas, procedimentos e intervenções (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), que se projetam discursivamente sobre as mulheres ao longo de toda a vida em sociedade, com maior ênfase durante a vivência do pré-natal (LEAL et al., 2021).

A dimensão discursivamente é basilar à governamentalidade, somada a outras formas performáticas e interativas, (FOUCAULT, 2008c), entrelaçadas com o saber e com a verdade (FOUCAULT, 2008a). O saber constitui-se de uma tecnologia que viabiliza o governamento através do poder, tornando possível moldar, instrumentalizar e normalizar a conduta de cada um dos indivíduos e das coletividades (FOUCAULT, 2008a). Já verdade é um status atribuído aos saberes que, em meio a arranjos, embates e conflitos, aflora como resultado do acordo entre as partes conflitivas, passando a exercer domínio sobre a outra (FOUCAULT, 2005).

A produção de saber e verdades que adentram as estratégias de subjetivação está concatenado aos movimentos de objetivação. A objetivação do corpo gravídico-parturitivo perpassa a historicidade do desenvolvimento das ciências obstétricas, em um aprimoramento contínuo e cientificizado, produtor das normas vigentes na atualidade (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). As normas são padrões que acabam servindo de modelos ou métricas para a condução das condutas, expressando percepções de regularidades no âmbito dos mecanismos orgânicos ou no âmago da vida social, o que as tornam balizadoras da governamentalidade, ao designar uma regra de juízo que se difunde na sociedade e é usada por ela para o governo de si e dos outros (FOUCAULT, 2008a). No contexto da parturição, as normas também se revelam formalmente em protocolos descritos nas políticas públicas, somados ou contrastados com outros saberes, verdades e moralidades que circulam discursivamente na malha social, estando ou não atrelados a produção científica (MAUADIE, et al. 2022).

Para o julgamento das dimensões orgânicas e sociais coletivas e individuais baseados na norma, faz-se necessário projetar um olhar minucioso sobre o indivíduo, em um novo movimento de objetivação do corpo e dos comportamentos, o que consequentemente retroalimenta a produção desaberes, verdades, normas e outros aparatos de governamento (FOUCAULT, 2008c). Posto que o saber e a verdade emerjam como instrumentos constitutivos da condução das condutas, estes precisam ser agenciados e circularem na sociedade por meio do discurso, em suas mais variadas formatações (FOUCAULT, 2009). Porém, o efeito condutor dos discursos não é nato. Ele ocorre por meio da subjetivação que abarca, dentre outros aspectos, um movimento de internalização de constructos, talvez inicialmente externos, que transpassaram o indivíduo, deixando resíduos que passam a compor o mesmo, produzindo uma nova realidade interna e interferindo em suas relações de poder com os outros e consigo mesmo (FOUCAULT, 2006c).

A existência de discursos subjetivadores que versam sobre o gestar e o parir possui caráter histórico, procedentes da importância social destes eventos que representavam mais do que sua dimensão biológica de perpetuação da espécie, mas sim, um acontecimento transformador do papel social da mulher, da dinâmica familiar e das interações sociais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Esta expressividade do parto está atrelada ao fato deste fenômeno social corporificado na mulher ter efeitos que ultrapassam os limites do individual, e adentram a coletividade (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018), suscitando a existência de tecnologias de poder mais centradas no corpo individual e de outras mais centradas no coletivo ou, ainda, em ambas. Todavia, todas se apoiam na funcionalidade discursiva, nas estratégias de subjetivação e na obtenção de condutas precisamente conduzidas dentro da variabilidade da norma (FOUCAULT, 2008a).

Dos efeitos individuais produzidos desta maquinaria, tem-se a subjetivação da mulher, que passa a relaciona-se consigo de modo a implementar o auto governo. Como parte desta relação, emergem movimento deauto-objetivação (MAUADIE, et al. 2022). Deste auto projetar do olhar objetificante em interface com a norma (FOUCAULT, 2008c), que se somam aosolhares que advém da sociedade e dos profissionais de saúde (MAUADIE, et al.2022), emergem outras tecnologias de controle, como os atos de confissão. Elesse constituem da

incitação do indivíduo a produzir discursos sobre si que sejamcapazes de gerar efeito no próprio sujeito (FOUCAULT, 2008c). Cunhadas historicamente no âmbito das ciências da saúde, os atos de confissão e seus efeitos no governo de si estão atrelados ao interesse social e governamental na gestão da vida (FOUCAULT, 2010d), com ênfase ao papel feminino no gestar,parir, criar e educar (TEMPESTA; FRANÇA, 2021).

Em relação aos efeitos coletivos produzidos desta maquinaria discursiva e subjetivadora, tem-se os engendrados no seio familiar, que faz este conjunto de indivíduos operar como dispositivo. Os dispositivos caracterizam-se por redes multilineares formadas por elementos heterogêneos práticos discursivos e não-discursivos, resultantes das relações de forças interiorizadas e exteriorizadas, que assumem centralidade nos movimentos de subjetivação, respondendo a uma urgência social (FOUCAULT, 2008c). A família enquanto dispositivo evoca a dimensão dos vínculos relacionais para atuar na fixação de singularidades individuais aos sistemas de controle, na delimitação de papeis sociais e na circulação discursiva. Embora não pertença ao campo dos sistemas disciplinares, a família é essencial ao funcionamento deste poder, fortalecendo-o, ao mesmo tempo que é fortalecida por ele (FOUCAULT, 2006d).

Considerando os aparatos familiares de subjetivação e seus efeitos na condução das condutas (FOUCAULT, 2008c), a participação das famílias concatenada parturição, é destacada e fomentada pelas políticas públicas, seja durante o pré-natal (BRASIL, 2011), ou do parto (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015, BRASIL, 2017).

Igualmente coletivizadas são as vivências que ocorrem nas maternidades e centros obstétricos, enquanto territórios em que se efetivam relações de poder específicas (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Neste contexto, as experiências inicialmente singulares ganham projeção discursiva entre mulheres, profissionais e familiares, que redirecionam saberes, refutam verdades e estabelecem novos vetores de condução das condutas (NICIDA, et al, 2020; MAUADIE, et al. 2022).

Entretanto, a circulação discursiva direcionada ao parto não está limitadaa existência de coletivos específicos ou do território, em virtude do Noopoder. Sendo maquinadas em meio a vida midiatizada e enriquecida pelas tecnologias de comunicação (LAZZARATO, 2006), o Noopoder possui a capacidade de

incidir sobre a consciência, a memória, a atenção, o intelecto, o pensamento, a criatividade e a dinamicidade do indivíduo em sua relação social (VEIGA-NETO, 2011), pela ação de uma mente sobre a outra, exercida a distância (LAZZARATO, 2006), levando a formação do que é denominado de opinião pública (VEIGA-NETO, 2011).

Dentre os conteúdos discursivos concatenados a governamentalidade do parto que circulam nos diferentes espaços, territorializados ou não, estão os que versam acerca da fragilidade, incompetência, incompletude, incapacidade e despreparo no corpo feminino em autogerir a parturição sem trazer risco para mulher e para o nascituro (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Estas narrativas patologizadoras do parto emergiram em um momento histórico associado ao nascimento e consolidação das ciências médicas e de seus saberes-verdades, visando outorgar aos que dele tinham posse – os médicos – como autoridade institucional, que aos poucos foi legitimada moral e socialmente (SERRA; BATALHA, 2019). Como estratégia de validação e perpetuação do poder agenciado pelo discurso, múltiplas intervenções médicas inventadas para corrigir e disciplinar os corpos inaptos das parturientes, modulavam os significados do risco em relação ao parir, projetando-se como as verdadeiras soluções para trazer segurança e reduzir o potencial de complicações (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). Concomitantemente, estes buscam invalidar outras práticas envoltas na parturição, denominando-as como empíricas, arcaicas e moralmente inapropriadas, afirmando que elas proporcionavam um parto vaginal sujo, doloroso e perigoso (SERRA; BATALHA, 2019).

Mesmo com a perpetuação histórica de alguns discursos, a produção de saberes que ganham o status de verdade e adentram o campo da governamentalidade não é estática ou permanente. Ela está ininterruptamente sendo (re)modulada e (re)construída por meio das dinâmicas das relações sociais e através dos saberes que emergem da sociedade e que são tidos como verdades, fazendo com que sejam sempre fugazes e temporárias (SILVA, 2018). A característica supracitada viabilizou a emergência de discursos que enunciam avalorização da fisiologia corporal que controla a parturição, o estabelecimento de critérios técnico-científicos para apoiar as decisões assistenciais e a não realização de intervenções consideradas desnecessárias, além da valorização dos aspectos emocionais e sociais (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). NoBrasil,

o conjunto de verdades neste direcionamento circulam sob o arcabouço denominado de humanização do parto, que é um termo frequente na produção científica contemporânea de distintas áreas do conhecimento voltadas à assistência direta ou indireta a parturiente e ao nascituro. Não obstante, os discursos científicos sobre humanização do parto revelam-se como direcionamentos distintos e, por vezes, contrários. Por este motivo, as publicações científicas que possuem o status de verdades engendram práticas heterogêneas, estando algumas abarcadas no estrato titulado de Medicina Baseada em Evidência (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020), enquanto outras apregoam intervenções e interferências na progressão da parturição, o parto cirúrgico (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019), também incluindo a efetivação de novas formas de parir não fomentadas pelas políticas públicas (SOUZA; SOUZA; PRATES, 2022). Mesmo com sua gênese, pragmatismo e arquitetura materializada em políticas públicas governamentais, o conjunto de significados discursivos abarcados pela denominação de humanização do parto não anularam os saberes-verdades presentes nos discursos potentes que apregoam intervenções, procedimentos e cirurgias, tornando-os coabitantes do contemporâneo, marcado pela polarização dos indivíduos envoltos na parturição (OLIVEIRA; PENNA, 2018; BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

A polarização dos indivíduos em virtude dos engendramentos discursivos que os transpassam e constituem, não inviabilizam dinâmicas interacionais e performáticas positivas, produtoras e transformadoras, que incitam, encantam, deslumbram e induzem à realização de comportamentos, condutas e práticas por meio do engajamento do sujeito, sendo a liberdade condição essencial à sua existência. Quando a liberdade é infringida e extrapolada, descaracteriza-se a relação de poder e adentra-se o campo da violência, que reprime, constrange, destrói e inviabiliza todas as possibilidades de rotas de fugas e resistências (FOUCAULT, 2008c). No campo da obstetrícia, a violência inclui práticas voltadas às dimensões física, psicológica, sexual, institucional, material e midiática (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), sendo intensa a geração de saberes que apontam os malefícios de sua existência para a gestão da vida (BRASIL, 2019), o que tem suscitado distintas formas de combate, com ênfase a instrumentos prescritivos de condução das condutas profissionais (SILVA, 2019).

Compondo as estratégias discursivas de condução das condutas com ênfase aos significados da humanização, em detrimento dos discursos que materializam práticas denominadas como violência obstétrica, estão os rearranjos nas relações de poder fomentados pelas dimensões da autonomia e empoderamento das parturientes (TEMPESTA; FRANÇA, 2021). Tendo sua condição de existência entrelaçada com a liberdade (FOUCAULT, 2008c), a autonomia e o empoderamento remetem ao desenvolvimento de relações de poder que viabilizam a enunciabilidade das verdades que subjetivam as mulheres (SCHULZ; YOUN, 2020). Todavia, este processo só é bem-vindo na dinâmica do parto quando forja enunciabilidades e o autogoverno das parturientes dentro dos limites de variação cabíveis na norma estabelecida pelos profissionais (MAUADIE, et al. 2022).

Também associado a possibilidade de enunciabilidade das verdades que subjetivam as mulheres, está a presença do pai no momento do parto. Fomentada prescritivamente por campanhas, leis e políticas públicas, sua presença está associada a produção de efeitos psicológicos, físicos e sociais que evitam interferências sobre os processos fisiológicos (OLIVEIRA, et al, 2021). Mesmo discursivamente fomentada há mais de duas décadas, através de aparatos jurídicos e de saberes-verdades científicas que elencam a influência e positividade nas dinâmicas de relações de poder, corroborando com práticas ditas humanizadas, a presença paterna no parto ainda não está totalmente consolidada (SILVA, et al, 2020).

Outro aspecto que ganha discursividade e materialidade na governamentalidade do parto, refere-se à midiatização deste processo por meio da exposição imagética e de narrativas sobre as vivências femininas e familiares. Engendrado ao compartilhamento desterritorializado dos eventos singulares da vida, estes acabam por transpassar outros indivíduos, produzindo novas realidades e interferindo nos comportamentos e nas conduções das condutas (HUGUES; HEILBORN, 2021). Associada ao compartilhamento de saberes desterritorializados, está a crescente produção de prescrições de condutas por meio dos planos de parto. Enquanto tecnologia de poder, sua existência pode configurar-se como potencializadora de práticas nominadas como humanizadas. Todavia, a implementação deste instrumento de condução das condutas pode não gerar os efeitos almejados. Isto ocorre quando o plano de parto apresenta

expectativas irrealistas, ou não contemplam o manejo das situações de risco que exigem interferências profissionais na gestão da vida (MEDEIROS, et al, 2019). Dentre as modulações na assistência que também podem contribuir com a funcionalidade do caráter prescritivo dos planos de parto, tem-se a maior inserção e atuação dos enfermeiros generalista e enfermeiros obstetras na assistência a parturição (MEDEIROS, et al, 2019). Esta é frequentemente associada ao estabelecimento de relações de poder atreladas a saberes e verdades coesos à humanização, que modula a assistência ao se tornar fio condutor das condutas. Porém, somente sua presença não se configura como garantia de modulações caracterizadas pelo abandono de práticas intervencionistas de modo rotineiro (NICIDA, et al, 2020).

A ambiguidade de interferências nas dinâmicas de condução das condutas provenientes da inserção dos enfermeiros generalista e enfermeiros obstetras, também ocorre no contexto da entrada das doulas no território do parto. Elas são profissionais que tem sua prática associada a implementação de métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto, além do apoio físico e emocional que perpassa a gestação, o trabalho de parto e o pós-parto. Ao adentrarem o parto, tornam-se enunciadoras de discursos subjetivadores em prol da condução das condutas, intentando efetivar um contexto propício à enunciabilidade das parturientes e de seus saberes-verdades, na implementação de práticas humanizadoras, e na relativização ou contra-argumentação acerca de procedimentos e intervenções (TEMPESTA; FRANÇA, 2021).

Relacionados com a modernização das técnicas, práticas e procedimentos relacionados a gestação e parto, tem-se o desenvolvimento reprodução assistida. Ao mesmo tempo que estabelece um novo campo de possibilidades, a reprodução assistida faz emergir elementos estressores, e vivencias caracterizadas pela ansiedade, expectativa, impotência e frustração, originando e reescrevendo discursos e simbologias sobre o gestar e o parir (MARCIANO; AMARAL, 2021). Este constructo está relacionado com o conteúdodiscursivo de caráter moral, ideológico e normativo, que transpassa a malha social e ancora o julgamento desta nova modalidade de concepção e de seus desdobramentos na gestação e parto, em comparação com as concepções tradicionais de reprodução humana (QUEIROZ, et al, 2021). Centrais a esse processo, estão os

discursos relacionados ao medo, risco e insegurança (SCHNEIDER, DONELLI, 2019), que são potentes enunciados no exercício da governamentalidade (FOUCAULT, 2011b), e que se entrelaçam a outros que estimam as potencialidades das interferências e intervenções sobre os processos fisiológicos, anunciando-as enquanto práticas capazes de trazersegurança e reduzir o potencial de complicações (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz das teorizações Foucaultianas acerca da governamentalidade, este estudo buscou identificar, na perspectiva dos sujeitos-profissionais de saúde, os engendramentos da governamentalidade do parto difundidos na malha social, que conduzem as condutas dos sujeitos-parturientes. As falas permitiram identificar a centralidade das estratégias maquinadas em meio a sociedade para a obtenção de condutas subjetivadas das parturientes. Nesse sentido, desponta a funcionalidade governamental das relações de poder que ocorrem em distintos contextos e com diferentes indivíduos, com destaque aos familiares, viabilizando ações de vigilância e controle dos comportamentos femininos, por meio de práticaspedagógicas, que tem seu conteúdo manifestado posteriormente nos direcionamentos do governo de si. Além disso, destacou-se a positividade do noopoder, enquanto mecanismo desterritorializado de propagação de saberes-verdades, subjetivação e governamento.

Os sentidos dos conteúdos discursivos acerca do parto que estão difundidos na malha social também foram destacados, sendo estes heterogêneos, tanto em seus significados, como em seus efeitos na condução das condutas. Enquanto uns versam acerca da valorização das práticas de medicalização, dando ênfase ao controle médico sobre o parto e ao parto cirúrgico, outros destacam as práticas denominadas como humanizadas, a não realização de procedimentos sem critérios técnicos, e a participação ativa da mulher no controle da parturição. Também é elencado o respeito a autonomia da mulher, sendo esta resultante da subjetivação anterior a verdades e discursos que ganham espaço em sua fala durante o parto, e a fazem adentrar as engrenagens da condução das condutas dos profissionais.

A governamentalidade do parto tem seus engendramentos modulados na contemporaneidade através do desenvolvimento de novas práticas que incidem na condução das condutas, como os planos de parto; a ampliação progressiva

da atuação do enfermeiro obstetra e das doulas; a maior exposição dos eventos singulares da parturição em diferentes mídias e a do aprimoramento tecnológico voltado à gestação e ao parto.

Como limitação encontrada, tem-se a realização deste estudo em uma única instituição hospitalar, localizada em uma região específica do país. Entretanto, acredita-se que mesmo diante destes aspectos, o estudo permite refletir e problematizar sobre distintos elementos que caracterizam a parturição na sociedade brasileira. Considerando a complexidade e dimensão da governamentalidade do parto, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que possam contribuir para a compreensão e o posterior estabelecimento de estratégias que contribuam para propagar e fomentar em meio a sociedade, o que inclui os profissionais de saúde, práticas discursivas e performáticas alinhadas com as políticas públicas e com a medicina baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

BOURGUIGNON, A.M.; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 2020, v. 27, n. 2 [Acessado 2 Janeiro 2023], pp. 485-502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>. Epub 13 Jul 2020. ISSN 1678-4758. https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação Cesariana. Brasília, 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 19 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho, 03 maio de 2019**. Referente

à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo "violência obstétrica". Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. **Resolução 510/2016**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. 2016.

DAVIS-FLOYD, R.; CHEYNEY, M. **Birth in eight cultures**. 1 ed. Illinois: Editora Waveland Press Inc. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018. Acesso em: dez. 2021.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France. Tradução de: SAMPAIO, L. F. de A. 6. ed. Loyol. São Paulo. 2009.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução de: MACHADO, R.; MORAES, E. J. 2. ed. NAU. Rio de Janeiro. 2005.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Martins Fontes. São Paulo. 2010d.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade II**: o uso dos prazeres. Graal. São Paulo. p. 232. 2006c.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de:MACHADO, R. 25. ed. Edições Graal. Rio de Janeiro. 2008c.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7ª ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro. 2011b.

FOUCAULT, M**. O poder Psiquiátrico:** curso dado no Collège de Frande (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes. 2006d.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. Martins Fontes. São Paulo. 2008a.

HUGUES, G. M.; HEILBORN, M. L. "Cesárea? Não, Obrigada!": ativismo em uma comunidade online na busca pelo parto normal no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, e00047620, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00047620. Acesso em: 26 nov. 2022.

KROETZ, K.; FERRANO, J. L. S. A governamentalidade como ferramenta analítica em Michel Foucault. Conjectura: Filos. Educ., Caxias do Sul, RS, Ahead of Print, v. 24, p. 76-91, e019005, 2019.

LAZZARATO, M. **As revoluções do capitalismo**: a política no Império. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro. 2006.

LEAL, N. P. et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p. 941-50, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020. Acesso em: nov. 2021.

LOCKMANN, K. Governamentalidade neoliberal fascista e o direito à

escolarização. **Práxis Educativa** , v. 15, p. 1-18, 2020.

MARCIANO, R.P.; AMARAL, W. N. Aspectos emocionais em reprodução humana assistida: uma revisão integrativa da literatura. **Femina,** v. 49, n. 6, p.379-84, 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1290571/femina-2021-496-379-384-aspectos-emocionais-em-reproducao-huma_Wvj1JtA.pdf Acesso em: 11 dez. 2022.

MAUADIE, R. A. et al. Práticas discursivas acerca do poder decisório da mulher no parto. Interface - **Comunicação, Saúde, Educação,** v. 26, e220103, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.220103. Acesso em: 22 nov. 2022.

MEDEIROS, R. M. K. et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Rev. Gaúcha de Enferm**., v. 40, e20180233, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233. Acesso em: 26 nov. 2022.

NICIDA, L. R. A. et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p.4531-46, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019. Acesso em: 26 nov. 2022.

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 979-998, dez. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000400979&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2020.

OLIVEIRA, P. C. et al. Os benefícios da presença do pai no trabalho de parto e parto**. Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 18142-59, 2021.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem**. ISSN 1984-0446. v. 71, suppl 3. p. 1228-1236. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497. Acesso em: out. 2021.

QUEIROZ, A. B. A. et al. Social representation of reproductive biotechnologies among nurses working in sexual and reproductive health. **Rev. Brasileira de Enferm.,** v. 74, n. 1, e20200558, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0558. Acesso em: 29 nov. 2022.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Org.). **Violência obstétrica é violência contra a mulher:** mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. Rede Parto do Princípio. São Paulo. 2012.

SCHLOSSER, D.F.; FRASSON, A. C.; CANTORANI, J. R. H. Softwares livres para análise de dados qualitativos. **R. bras. Ens. Ci. Tecnol**., Ponta Grossa, v. 12, n. 1, p. 539-550, jan./abr. 2019.

SCHNEIDER, I. E.; DONELLI, T. M. S. Representações maternas de gestantes sobre o bebê concebido por ovodoação. **Psicol. Clin.**, v. 31, n. 3, p. 439-60, 2019. Disponível em http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n03A02. Acesso em: 29 nov. 2022.

SCHULZ, J. L.; YOUN, J. Monsters and madwomen? Neurosis, ambition and mothering in women lawyers in film. **Law Cult Humanit**, v. 16, n. 3, p. 411-31. 2020.Disponível em: https://doi.org/10.1177/1743872116673162. Acesso em 29 nov.2022

SERRA, M. C. M.; BATALHA, G. F. O. M. Do poder disciplinar ao biopoder: medicalização do parto a partir da incidência de cesarianas. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito** e-ISSN: 2525-9849. Belém, v. 5, n. 2, p. 74-95, Jul/Dez. 2019.

SILVA, A. et al. Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. **Medwave**, v. 20, n. 9, p. e8047, 2020. Disponível em: http://doi.org/10.5867/medwave.2020.09.8047. Acesso em 29 nov. 2022.

SILVA, D. R. da. Biopoder na concepção de Michel Foucault: o poder do estado no controle da sociedade. **Periagoge,** Brasília, v. 1, n. 1, 2018.

SILVA, L. M. O. Violência obstétrica na operação cesariana: a necessidade de humanização do nascimento. **Cadernos De Gênero E Diversidade**, v. 5, n. 4, p. 89–102, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29489. Acesso em: 12 dez. 2022

SOUZA, C. I.; SOUZA, R. F.; PRATES, C. S. Desfechos maternos e neonatais no parto domiciliar planejado: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual In Derme,** v. 96, n. 38, 2022.

TEMPESTA, G.; FRANÇA, R.L. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horiz Antropol,** v. 27, n. 61, p. 257-90. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300009. Acesso em: 12 dez. 2022.

VEIGA-NETO, A. Governamentalidades, neoliberalismo e educação. *In*: CASTELO BRANCO, G.; VEIGA-NETO, A. (Eds.). **Foucault**: filosofia & política. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

6 CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS

Ainda é cedo, amor
Mal começaste a conhecer a vida
Já anuncias a hora de partida
Sem saber mesmo o rumo que irás tomar
Presta atenção, querida
Embora eu saiba que estás resolvida
Em cada esquina cai um pouco tua vida
Em pouco tempo não serás mais o que és
Ouça-me bem, amor
Preste atenção, o mundo é um moinho
Vai triturar teus sonhos, tão mesquinho
Vai reduzir as ilusões a pó
...
Cartola. "O mundo é um moinho"

Assim como as racionalidades que sustentam as governamentalidades são provisórias, fugazes e finitas, também são provisórias as considerações apresentadas na conclusão desta tese. Isso porque estas considerações não significam que a tese não está concluída, afinal de contas uma proposição intelectual que versa sobre algo em constante transformação, jamais terá uma conclusão finalística. Mas porque a tese, enquanto um resultado das governamentalidades da produção acadêmica, possui um momento cronológico para terminar.

Ainda é cedo, especialmente porque esta tese opera com teorizações apresentadas genialmente por Foucault. E embora eu esteja resolvido a apresentá-la, mesmo sabendo que logo a governamentalidade da qual se versa não será mais o que é, acredito que existem ilusões que não virarão pó. E esta afirmação só é possível, pois a teorizações Foucaultianas me fizeram percebem que mal comecei a conhecer a vida – numa dimensão pessoal, profissional e acadêmica.

O final provisório desta análise me faz pensar o quão audacioso, talvez atrevido, tenha sido acreditar em minha capacidade de aperar com os conceitos

Foucaultianos. Para além, me faz perceber o quando as teorizações me transpassaram e me transformaram, assim como me fazem compreender os tantos elementos que transpassam e transformam o parto.

Diante do exposto nas tantas páginas deste trabalho acadêmico que analisou, por meio das falas de profissionais da assistência obstétrica, como a governamentalidade engendrada por racionalidades modula a parturição através do governamento dos sujeitos, confirmou-se a **tese** de que a governamentalidade do parto engendrada por racionalidades concatenadas por saberes-verdades sobre o parto, modula a parturição por meio do governamento dos sujeitos, conduzindo as condutas dos profissionais de saúde e parturientes.

A identificação dos engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que conduzem as condutas dos profissionais de saúde durante o parto, primeiro objetivo específico desta tese, revelou que muitos dos saberes e verdades relativos à gênese e consolidação da ciência obstétrica permanecem sedimentados nas práticas assistenciais, demonstrando-se como racionalidade vigente, mesmo que atualmente os conhecimentos e ações que a sustentam sejam considerados parcial ou totalmente obsoletos. Estas se materializam por meio de práticas hegemônicas e rotineirizadas, caracterizadas por múltiplas intervenções que buscam a docilização e utilidade do corpo que pari. Sua perpetuação é associada à formação profissional e a composição de um ambiente de trabalho que fomenta, de modo insidioso, uma compreensão patologizada das vivências singulares do parto, elencando a medicalização como uma necessidade.

A formação profissional e composição do ambiente de trabalho também são destacados como engendramentos concatenados à racionalidade humanizadora do parto. Esta racionalidade, que emergiu como rede de inteligibilidades com um sentido antagônico a racionalidade histórica anterior, possui atualmente um sentido instrumental e prescritivo, traduzido nas políticas de saúde pública voltadas ao corpo coletivo da população que vive o ciclo gravídico-puerperal, fortalecido por um arcabouço legislativo específico.

A coexistência das duas racionalidades que visam conduzir as condutas dos profissionais, acaba por engendrar estratégias de domínio de um conjunto de verdades sobre outro conjuntos de verdades, que, como resposta, originam linhas de escape e resistência. A polarização existente entre as verdades,

discursos e racionalidades, transpassa os profissionais de diferentes maneiras, tornando a atuação contingente, adaptável e instável diante dos constructos sociais arquitetados pela racionalidade intervencionista ou humanizadora. Os tensionamentos na condução das condutas parece ser útil à governamentalização da vida, retroalimentando a implementação de táticas de subjetivação dos profissionais e da sociedade.

O segundo objetivo específico desta tese permitiu caracterizar os engendramentos da governamentalidade atreladas a atuação dos sujeitos-profissionais de saúde, para a condução das condutas das parturientes para a e na parturição. Os dados demonstram que o governamento das condutas das mulheres tem início já no pré-natal, através de estratégias que visam a subjetivação, efetivadas por um crescente pedagógico voltado a assegurar a internalização de certas verdades, e o disciplinamento das mentes e dos corpos. De modo a garantir e potencializar os efeitos de governamento obtidos através do pré-natal, são efetivadas outras estratégias, como a busca ativa de mulheres que não iniciam ou abandonam o pré-natal, a criação de grupos de gestantes e o entrelaçamento das estratégias governamentais de gestão da vida e da sociedade, que permitem a captura e vigilância efetivas, por articular distintos vetores de força sociais e institucionais.

Buscando a obtenção da adesão voluntária às práticas de governamento, são empregadas diversas estratégias discursivas, dentre elas, as que versam acerca das dimensões da segurança, da insegurança, e do risco. Sua efetivação inclui enunciações que relativizam a capacidade feminina de manutenção da segurança da criança, caso ela não paute seus comportamentos nas prescrições dos profissionais, ao mesmo tempo que legitima a atuação profissional como solução diante dos perigos, reafirmando a figura do médico a autoridade científica. Este direcionamento visa a docilidade diante das práticas de disciplinamento, bem como, o estabelecimento de um governo de si que efetive a autorregulação dentro dos moldes estabelecidos pelos profissionais, incluindo o afastamento de condutas anormais e desviantes.

Já o terceiro objetivo específico desta tese, identificou, na perspectiva dos sujeitos-profissionais de saúde, os engendramentos da governamentalidade do parto difundidos na malha social, que conduzem as condutas dos sujeitos-parturientes. As falas revelaram a centralidade das estratégias maquinadas em

meio a sociedade para a obtenção de condutas subjetivadas das parturientes. Nesse sentido, desponta a funcionalidade governamental das relações de poder que ocorrem em distintos contextos e com diferentes indivíduos, com destaque aos familiares, viabilizando ações de vigilância e controle dos comportamentos femininos, por meio práticas pedagógicas, que tem seu conteúdo manifestado posteriormente nos direcionamentos do governo de si. Além disso, destacou-se a positividade do noopoder, enquanto mecanismo desterritorializado de propagação de saberes-verdades, subjetivação e governamento.

Os sentidos dos conteúdos discursivos acerca do parto que estão difundidos na malha social também foram destacados, sendo estes heterogêneos, tanto em seus significados, como em seus efeitos na condução das condutas. Enquanto uns versam acerca da valorização das práticas de medicalização, dando ênfase ao controle médico sobre o parto e ao parto cirúrgico, outros destacam as práticas denominadas como humanizadas, a não realização de procedimentos sem critérios técnicos, e a participação ativa da mulher no controle da parturição. Também é elencado o respeito à autonomia da mulher, sendo esta resultante da subjetivação anterior a verdades e discursos que ganham espaço em sua fala durante o parto, e a fazem adentrar as engrenagens da condução das condutas dos profissionais.

A governamentalidade do parto tem seus engendramentos modulados na contemporaneidade através do desenvolvimento de novas práticas que incidem na condução das condutas, como os planos de parto; a ampliação progressiva da atuação do enfermeiro obstetra e das doulas; a maior exposição dos eventos singulares da parturição em diferentes mídias e a do aprimoramento tecnológico voltado à gestação e parto.

Por fim, ressalta-se que o presente estudo possui limites, por analisar as falas de profissionais de ensino superior de um único centro obstétrico, vinculado exclusivamente ao Sistema Único de Saúde, e localizado no interior da região sul do Brasil, o que pode ter restringido a apreensão de outras enunciações. Entretanto, acredita-se que mesmo diante destes aspectos, o estudo permite refletir e problematizar sobre distintos elementos que caracterizam a parturição na sociedade brasileira. Considerando a complexidade e dimensão da governamentalidade do parto, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que possam contribuir para a compreensão e o posterior estabelecimento de

estratégias para propagar e fomentar em meio a sociedade, o que inclui os profissionais de saúde, práticas discursivas e performáticas alinhadas com as políticas públicas e com a medicina baseada em evidências, sedimentando a racionalidade humanizadora do parto no fazer e na formação dos profissionais de saúde, em detrimento da racionalidade intervencionista.

REFERÊNCIAS

ADELMAN, M. Os anos 60: movimentos sociais, transformações culturais e mudanças de paradigmas. *In*: RICOLDI, A. M. (org). **A Voz e a Escuta:** Encontros e desencontros entre a teoria feminista e a sociologia contemporânea. São Paulo: Blucher, 2016. p. 23 -68.

AGAMBEN, G. ¿Qué es um dispositivo? **Sociológica**, 26, n. 73, p. 249-264, maio/ago, 2011. Disponível em: <http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/112>. Acesso em: 05 mar. 2020.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, fev. 2009. DOI https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000100013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2020.

AMARAL, M. C. Mulheres, imprensa e higiene: a medicalização do parto na Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 04, p. 927-944. out./dez., 2008. DOI https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000400003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jan. 2020.

ANDREZZO, H. F. A. **O desafio do direito à autonomia: Uma experiência de Plano de Parto no SUS**. Dissertação. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07112016-141429/pt-br.php>. Acesso em: 01 jun. 2020.

AQUINO, J. G.; RIBEIRO, C. R. Processos de governamentalização e a atualidade educacional: a liberdade como eixo problematizador. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 57-71, mai./ago. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=317227054005>. Acesso em: 13 mar. 2020.

ARAÚJO, C. E. M. Fim do tráfico. *In:* SCHWARCZ, L. M.; GOMES, F. (org). **Dicionário da escravidão e liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018, p. 230-36.

ARNEY, W. R. **Power and the profession of obstetrics**. The University of Chicago Press. Chicago. 1982.

AVELINO, N. Foucault e a racionalidade (neo)liberal. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.** [online], n. 21, p. 227-84, 2016. DOI https://doi.org/10.1590/0103-335220162107. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-33522016000300227&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 jan. 2020.

AVELINO, N. Governamentalidade e anarqueologia em Michel Foucault. **Revista Brasileira De Ciências Sociais**, São Paulo, v. 25, n. 74, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092010000300009>. Acesso em: 10 mar. 2020.

AYRES, L. F. A. et al. Métodos de preparação para o parto: um estudo sobre materiais impressos publicados no Brasil em meados do século XX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 53-70, mar. 2019. DOI https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000100004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000100053&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 ago. 2020.

AYRES, L. F. A.; HENRIQUES, B. D.; AMORIM, W. M. A representação cultural de um "parto natural": o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 23, n. 11, pp. 3525-3534, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.27812016. Acesso em: mar. 2022.

BARRETO, M. R. N. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.04, p. 901-925. out./dez., 2008. DOI https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000400002. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702008000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 mar. 2020.

BARRETO, R. A 'Ciência do Parto' e a atuação de Joaquim da Rocha Mazarém (século XIX). *In*: BASTOS, C.; BARRETO, R. (org). **A Circulação do conhecimento: Medicina, Redes e Impérios**. Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais (ICS). 2011.

BARROS M. B. A. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 51, n. 17, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/desigualdade-social-em-saude-revisitando-momentos-e-tendencias-nos-50-anos-de-publicacao-da-rsp/>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BASTOS FILHO, G. O período expulsivo nas primíparas. **Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia**, n.4, p.155-158. 1962.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo:** Edição Comemorativa 1949 – 2019. Editora: Nova Fronteira. 904p. 2019.

BECKER, H. (1999). Métodos de pesquisa em ciências sociais. (M. Aguiar, Trad., 4a ed.). São Paulo: **Hucitec**. (Trabalho original publicado em 1992).

BELLO, S. E. L.; TRAVERSINI, C. Saber estatístico e sua curricularização para o governamento de todos e de cada um. **Bolema**, Rio Claro, v. 24, n. 40, p. 855-871, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/bolema/article/view/3774>. Acesso em: 01 jan. 2020.

BENEVIDES, P. S. **O dispositivo da verdade**: uma análise a partir do pensamento de Michel Foucault. Tese. Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/UFC_5fed1fdf3f4d659462c26c0456955a37>. Acesso em: 01 jan. 2020.

BERNARDES, A. G.; QUINHONES, D. G. Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 2, p. 153-161, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5743>. Acesso em: 02 jan. 2020.

BÍBLIA, A. T. Gênesis. *In*: BÍBLIA. Português. **Sagrada Bíblia Católica:** Antigo e Novo Testamentos. Tradução de José Simão. Sociedade Bíblica de Aparecida. São Paulo. 2008.

BINKLEY, S. Governamentality and lifestyle studies. **Soc. Comp.**, v. 1, n. 1, p. 111-126, 2007.

BIONDI, H. S. *et al*. Cargas de trabalho e as inter-relações com o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Cogitare Enfermagem**, Rio Grande, v. 23, p. e52801-e52801, 2018. DOI http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.52801. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52801>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BOURGUIGNONA, A. M.; GRISOTTIB, M. Concepções Sobre Humanização Do Parto E Nascimento Nas Teses E Dissertações Brasileiras. **Saúde Soc**, v.27, n.4, p. 1230-45, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170489. Acesso em: fev. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ Constituiçao.htm>. Acesso em: 1 jan. 2020.

BRASIL. Lei 11.108**,** de 7 de abril de 2005**.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2005b. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/96776/lei-11108-05>. Acesso em: 6 maio. 2020.

BRASIL. Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm>. Acesso em: 3 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília, 1984 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2005b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho, 03 maio de 2019**. Referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. **Projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília. 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 16 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF, mar 2016b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2004a. Disponível em: < http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2003. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília. 58 p. 2016a. Disponível em: <http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.hc.ufu.br/arquivos/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf>. Acesso em: 13 maio 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.2418**, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2005c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em: 19 jun. 2019.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Política para a Mulheres**. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/plano-nacional-de-politicas-para-as-mulheres>. Acesso em: 6 jan. 2020.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, jun. 1991. DOI https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 nov. 2019.

CAMPBELL, J. **Deusas:** Os mistérios do divino feminino. 1ª ed. São Paulo: Palas Athena. p. 352. 2016.

CAPELINI, T. C.; TAVARES, G. M. Concepções de Estado que atravessam movimentos sociais: análises provocativas. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 668-695, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 2 nov. 2019.

CARDANO, M. Manual de Pesquisa Qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação. Petrópolis, RJ: **Vozes**; 2017.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2015.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Tese. Programa de Doutorado em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Campinas. 2011. Disponível em <https://www.ifch.unicamp.br/ifch/cenas-parto-politicas-corpo-etnografia-praticas-femininas-parto-humanizado>. Acessos em 21 abril 2020.

CARNEIRO, R. G. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública**: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013. DOI http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 22 set. 2019.

CARVALHO, E. P. de. Governamentalidade como prática de submissão do corpo à biopolítica. Dossiê: Filosofia contemporânea: reflexões sobre os dias atuais. **InterEspaço**, Grajaú/MA, v. 2, n. 4, p. 97-108, jun. 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.18766/2446-6549/interespaco.v2n4p97-108. Disponível em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/interespaco/article/view/4923>. Acessos em 12 ago. 2019.

CARVALHO, S. R.; LIMA, E. M. F. A. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 58, p. 797-808, 2016. DOI

http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0888. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300797&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 20 set. 2019.

CASANOVA, R. Governments unite to save women's lives. **Safe Mother Hood**. 2000. Disponível em: <http://www.safemotherhood.org/Saving%20Lives%20conference/pressrelease.html>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CASTELLS, M. **Redes de indignação e esperança**: movimentos sociais na era da internet. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Zahar. Rio de Janeiro. 2013.

CASTRO, E. **El vocabulario de Michel Foucault**. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. 2004.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Autêntica. Belo Horizonte. 2009.
CATECISMO da Igreja Católica. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes. Loyola. Ave-Maria. São Paulo: Paulinas. 1993.

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. **Rede Cegonha**: práticas discursivas e redes de diálogo. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Rio de Janeiro, 09 maio 2011. Disponível em: <blogsaudedobrasil.com.br>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CHACHAM, A. S. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil. *In:* JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs.). **Diálogos em psicologia social.** Edelstein. Rio de Janeiro. 2012.

CHALHOUB, S. **Cidade febril:** Cortiços e epidemias na Corte Imperial. Companhia das Letras. São Paulo. 1996.

CHAZAN, L. K. A história da obstetrícia e a patologização da gravidez. *In*: GUIMARÃES M. L. S. *et a*l. XI Encontro Regional de História - Democracia e Conflito. Rio De Janeiro: ANPUH - Associação Nacional de História. 2004. Disponível em: <http://www.rj.anpuh.org/conteudo/view?ID_CONTEUDO=305> Acesso em: 16 nov. 2019.

CIDADE, M. L. R.; BICALHO, P. P. G. de. Psicologia e governamentalidade: sexo e gênero em debate. **Revista EPO**, Rio de Janeiro, v.7, n. 1, p. 110-132, jan./jun. 2016. ISSN 2178-700X. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2016000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2019.

CLARKE, Adele et al. **Biomedicalization**: technoscience, health and illness in US. Duke University Press. Durham. 2010.

COIMBRA, C. M. B. **Operação Rio**: o mito das classes perigosas. Oficina do Autor. Rio de Janeiro. 2001.

COLLING, A, M. A construção histórica do corpo feminino. **Caderno Espaço Feminino**. Uberlândia, MG, v. 28, n. 2, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/34170>. Acesso em: 16 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Parecer CFM nº 32/2018**. A expressão "violência obstétrica" é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CORDEIRO, F. R. Do governo dos vivos ao governo dos mortos: discursos que operam para a governamentalidade da morte. **Aquichan**, v. 13, n. 3, p. 442-453, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74130042012.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2020.

CORDEIRO, T. O lado frágil da Rainha: mãe de nove filhos, Vitória pediu por anestesia no parto. Aventuras na História, São Paulo, n. 82, p.8-9, maio 2010. Disponível em: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/acervo/lado-fragil-rainha-556950.phtml>. Acesso em: 16 mar. 2020.

COSTA, A. A. A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Gênero***,* Niterói, v. 5, n. 2, p. 9-35. 2005. Disponível em: <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/01112009-115122costa.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2020.

COSTA, A. M. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: anotações para o debate. **Anais ABEP**, 1986. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020.

COSTA, J. F. **Ordem médica e Norma familiar.** Graal. Rio de Janeiro. 1979.

DAL'IGNA, M. C.; SIERRA, J. C. Parceria e governamentalidade: ferramentas para problematizar as relações socioeducacionais contemporâneas. **Educação Unisinos**, v. 22, n. 3, jul./set. 2018. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/edu.2018.223.12/60746434>. Acesso em: 4 mar. 2020.

DANNER, F. O sentido da biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos,** n. 4, p. 143-157, 2010. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistaestudosfilosoficos/art9-rev4.pdf>. Acesso em:16 jan. 2020.

DAVIS-FLOYD, R.; CHEYNEY, M. **Birth in eight cultures**. 1 ed. Illinois: Editora Waveland Press Inc. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018. Acesso em: dez. 2021.

DEAN, M. **Critical and effectives histories**: Foucault's methods and historical sociology. Londres, Routledge, 1994.

DEAN, M. **Governmentality**: power and rule in modern society. Sage. Londres, 1999.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência Obstétrica, você sabe o que é?** Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. São Paulo, 2013.

DEL PRIORE, M. "Mentalidades e práticas em torno do parto". *In*: DEL PRIORE, M. **Ao Sul do Corpo**: condição feminina, maternidade, mentalidades no Brasil colônia, Editora UnB. Brasília, p. 254-293. 1993.

DEL PRIORE, M. Magia e Medicina na Colônia: O corpo feminino. *In*: DEL PRIORE, M. (org.). **História das Mulheres no Brasil**. Editora Contexto e Editora UNESP. São Paulo. p. 78-114. 1997.

DELEUZE, G. **Conversações** 1972-1990. Ed. 34. Rio de Janeiro. 1992.

DELEUZE, G. **Foucault**. Brasiliense. São Paulo. 2005.

DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Tradução e prefácio de Edmundo Cordeiro. Ed. Vega – Passagens. Lisboa. 1996.

DESLANDES, S.F. Humanização: revisando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. *In*: DESLANDES, S.F (org). **Humanização dos cuidados em Saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Fiocruz. Rio de Janeiro. p.33-47. 2006.

DINIZ, C. S. G, *et al*. "História do coletivo. O feminismo e o movimento de mulheres pela saúde". *In*:_____**Saúde das Mulheres**. Experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. Coletivo Fem. Sexualidade e Saúde. São Paulo. p.15-23. 2000.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero***: elementos para uma releitura médico-social.* Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 1996.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina -USP). 2001. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/34010137_Entre_a_tecnica_e_os_direitos_humanos_possibilidades_e_limites_da_humanizacao_da_assitencia_ao_parto>. Acesso em: 30 nov. 2019.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Acesso em: 21 mar. 2020.

DINIZ, S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reprod Health Matters**. v. 20, n. 39, p.125–32. 2012. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1766559/mod_resource/content/1/DINIZ_materno-infantilism%20(1).pdf>. Acesso em: 1 jan. 2020.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 3, n. 4, p. 105-122, fev. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 set. 2020.

EMBOAVA, M. N.; ROCHA, S. M. Saúde na televisão e a modernização do poder pastoral. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 4, dec. 2017. DOI https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1334. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1334>. Acesso em: 9 fev. 2020.

ERLANDE-BRANDENBURG, A. Catedral. *In*: LE GOFF, J.; SCHMITT, J. C. (eds.). **Dicionário Temático do Ocidente Medieval**, v. I. EDUSC, São Paulo, p. 173-184, 2002.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008, p. 333 - 384.

ETTLINGER, N. Governmentality as epistemology. **Annals of the Association of American Geographers.** v. 101, n. 3, p. 537-560, 2011. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00045608.2010.544962>. Acesso em: 19 maio. 2020.

EYMERICH, N. **Manual dos Inquisidores**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília: Fundação Universidade de Brasília, 1993.

FAÚNDES, A; CECATTI, J G. A operação cesariana no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, Ju. 1991. DOI https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2019.

FERRAZ, P. Parto dirigido: aceleração do parto. **Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia**, n.7, p.1.011-1.014. 1957.

FERREIRA, G. N.; FERNANDES, M. F. L.; REIS, R. R. "O Brasil em 1889": um país para consumo externo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 81, p. 75-113, 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452010000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2020.

FILHO, A. S. V., BIANCHETTI, B. M.; PEIXER, C. M.; CORDON, M. S.; ROCHA, M. O. F.; VASCONCELOS, V. C.R. Covid-19 Vaccines: A Literature Review. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.1, p.1880-1901 jan. 2022.

FIMYAR, O. Governamentalidade como ferramenta conceitual na pesquisa de políticas educacionais. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 1-294, p. 34-56, maio/ago. 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/8308>. Acesso em: 9 nov. 2019.

FONSECA, J. P. A. da. Normalização e bio-poder na obra de Michel Foucault. **Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia**, v. 4, n. 11, p. 75-90, 2012. Disponível em: <https://www.theoria.com.br/edicao11/normalizacao_e_bio-poder_na_obra_de_michel_foucault.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

FOUCAULT, M. **Dits et écrits**. v. 2: *1976-1988*. Gallimard. Paris. 2001.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. 8. ed. Forense. Rio de Janeiro. p. 254. 2012b.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. Martins Fontes. São Paulo. 2010a.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France. Tradução de: SAMPAIO, L. F. de A. 6. ed. Loyol. São Paulo. 2009.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução de: MACHADO, R.; MORAES, E. J. 2. ed. NAU. Rio de Janeiro. 2005.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 9. ed. Martins Fontes. São Paulo. 2007. p. 541.

FOUCAULT, M. Ditos e escritos. V. 4, Estratégia poder-saber. 3. ed. Forense Universitária. p. 464. 2012a.

FOUCAULT, M. **Dits et écrits**. v. 2: 1976-1988. Gallimard. Paris. 2001.

FOUCAULT, M. **Do governo dos vivos**: curso no Collège de France, 1979-1980 (excertos). Achiamé. Rio de Janeiro. 2010b.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Martins Fontes. São Paulo. 2010d.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade e política**. Forense Universitária. Rio de Janeiro. 2004b.

FOUCAULT, M. Gerir os ilegalismos. *In*:_____. **Michel Foucault**: entrevistas a Roger Pol-Droit. Graal. São Paulo. 2006a. p.41-52.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Graal. São Paulo. p. 174. 2006b.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade II**: o uso dos prazeres. Graal. São Paulo. p. 232. 2006c.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: o cuidado de si. 3ed. Relógio d'Água. Lisboa. 1994.

FOUCAULT, M. Interview with Jean François and John de Wit, 22 de maio de 1981*. In*: HARCOURT, B.; BRION, F. (Ed.). Michel Foucault - **Wrong-doing, truth telling**: the function of avowal in justice. Trans. Stephen W. Sawyer. Chicago: University of Chicago Press, 2014a.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de: MACHADO, R. 25. ed. Edições Graal. Rio de Janeiro. 2008c.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. Martins Fontes. São Paulo. 2008b.

FOUCAULT, M. **O governo de si e dos outros**: curso no Collège de France (1982-1983). Martins Fontes. São Paulo. 2010c.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7ª ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro. 2011b.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. *In*: RABINOW, P.; DREYFUS, H. M. **Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e a hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a. p. 231-249.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. Martins Fontes. São Paulo. 2002.

FOUCAULT, M. Qu'est-ce que la critique? Critique et Aufklärung. **Bulletin de la Societé Française de Philosophie**, v. 84, n. 2, p. 35-63, 1990.

FOUCAULT, M. **Resumos dos cursos do Collège de France** (1970-1982). J. Zahar. Rio de Janeiro. 1997.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. Martins Fontes. São Paulo. 2008a.

FOUCAULT, M. Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho. *In*: RABINOW, P.; DREYFUS, H. M. **Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e a hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013b. p. 231-249.

FOUCAULT, M. **Subjetividade e verdade**. Tradução de: ABÍLIO R. Martins Fontes. São Paulo. 2016.

FOUCAULT, M. Tecnologias de si. **Verve**, n. 6, p. 321-360, 2004a.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 42. ed. Editora Vozes, 2014b.

FOULCAUT, M. **A Coragem da verdade**: o governo de si e dos outros II - curso dado no Collège de France (1983-1984). Tradução de: BRANDÃO, E. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FRANÇA, G. V. de. **Medicina Legal.** 8. ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2008. p. 03.

FREIRE, M. de L. Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, p.153-171, 2008.

FREIRE, M. M. L.; BONAN, C.; NAKANO, A. R. Medicalização da gestação e do parto nas páginas da revista Claudia, 1961-1990. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 959-977, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000400959&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2019.

FREITAS, A. P. de; SILVEIRA, C. R. da; MASCIA, M. A. A. O “ser-consigo” ao toque do clarim: educação, processos de subjetivação através das “escritas de si”. **Revista Eletrônica de Educação**, v.11, n.2, p. 578-593, jun./ago. 2017. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/1647>. Acesso em: 4 fev. 2020.

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. de O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. DOI http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.3.34-44. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2020.

GALLO, S. Biopolítica e subjetividade: resistência? **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 66, p. 77-94, out./dez. 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/er/n66/0104-4060-er-66-77.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2020.

GALLO, S. **Filosofia**: experiência do pensamento. 1.ed. Scipione. São Paulo. 2014.

GARCIA RODRIGUEZ, G. O. *et al*. La noopolítica como mediación en el análisis de las competencias ciudadanas. **Civilizar**, Bogotá, v. 17, n. 32, p. 171-196, p. 176, jan. 2017.

GARCIA, F. A. Filosofia e a verdade. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 23, n.1, p. 251-255, 2001.

GARCIA-VILLOSLADA, R, G. **Historia de la Iglesia Católica II. Edad Media (800-1303)**: La cristiandad en el mundo europeu y feudal. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid. 1958.

GAUDEMET, J.; BASDEVANT, B. **Os cânones dos concílios Merovingianos**. 2ª ed. Paris: Fontes Cristãs. 1989, p. 454-485.

GEVEHR, D. L.; SOUZA, V. L. AS MULHERES E A IGREJA NA IDADE MÉDIA: misoginia, demonização e caça às bruxas. **Revista Acadêmica Licencia&acturas**. Ivoti. v. 2, n. 1, p. 113-121, janeiro/junho, 2014.

GIACOMINI, R. de M.; OTTO, C. Sistema de ensino apostilado: um cavalo de troia. **Educação: Teoria e Prática.** Rio Claro, v. 27, n.54, p.157-174, jan./abr. 2017.

GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade**. Tradução de Plínio Dentzien. Jorge Zahar. Rio de Janeiro. 2002.

GOMES, P. B. M.B. **Princesas**: produção de subjetividade feminina de consumo. Dissertação de mestrado. Porto Alegre (RS), PPGEDU/UFRGS, 2000.

GORDON, C. "Governmental rationality: an introduction". *In*: BURCHELL, G.; GORDON, C. & MILLER, P. (Eds.). **The Foucault effect**: studies in governmentality. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

GRAÇA, L. **Físicos, cirurgiões, barbeiros-sangradores, parteiras e outros praticantes de artes médicas: uma história mais de pudor do que a de poder?.** Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2003.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento parto adolescente. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.1, p.107-14. 2006.

GROSFOGUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Soc. estado**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 25-49, Apr. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922016000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de jun. 2020.

GUALDA, D. M. R. Nascimento: tempos e formas. *In*: GUALDA, DULCE. M. R., CAMPOS, E. A., PRAÇA, N. S., SALIM, N. R., SOARES, G. C. F. **Nascimento**: perspectivas antropológicas. São Paulo: Ícone Editora. 2017.

GUIMARAES, D. O.; MOMESSO, L. da S.; PUPO, M. T. Antibióticos: importância terapêutica e perspectivas para a descoberta e desenvolvimento

de novos agentes. **Quím. Nova**, São Paulo , v. 33, n. 3, p. 667-679, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422010000300035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2020.

GUINDA, J. C. Mujeres al borde de la iglesia. 2002. Disponível em: <www.mercaba.org/FICHAS/H-M/722-2.htm>. Acesso em: 21 de jun. 2020.
HABERMAS, J. **Discurso filosófico da modernidade***.* Editora Dom Quixote. Lisboa. 1990.

HANSON, A. E.; GREEN, M. H. Soranus of Ephesus: methodicorum princeps. *In*: HAASE, W.; TEMPORINI, H. **Aufstieg und Niedergang der Romischen Welt**, 2, 37.2, 1994, p. 968-1075.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 7–41, 1995.

HATTGE, M. D. Performatividade e inclusão no movimento “Todos Pela Educação”. 2014. **Tese** (Doutorado em Educação) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2014.

HOLMES, J. D.; BICKERS, B. W. **História da Igreja Católica**. Edições 70. São Paulo. 2006.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3069, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100613&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2020.

JOAQUIM, T. **Menina e Moça**: A construção social da feminilidade. Fim de Século. Lisboa. p. 116. 1997.

JORGE, D. R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil** [tese livre-docência]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1975.

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo**: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Papirus. Campinas. 1999.

KNOWLES, D; OBOLENSKY, D. **Nova história da Igreja:** Idade Média. 2.ed. Vozes. Petrópolis. 1983.

KRAMER, H; SPRENGER, J. **O martelo das feiticeiras:** Malleus Malleficarum**.** Tradução Paulo Fróes**.** 14. ed. Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro. p. 528 p. 2000.

KUNRATH, P. A.; BACHELADENSKI, C. L. Maria e o mistério de Cristo e da eucaristia. **Rev. Trim**. Porto Alegre, v. 35, nº 150. p. 757- 774, dez. 2005.

LAQUEUR, T. Making sex: body and gender from the Greeks to Freud. **Cambridge: Harvard University Press**, 1992.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. *In*: SILVA, T. T. (Org.). **O Sujeito da Educação**: estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86.

LAZZARATO, M. **As revoluções do capitalismo**: a política no Império. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro. 2006.

LE GOFF, J.; FRUONG, N. Uma história do corpo na Idade Média. **Civilização Brasileira**. Rio de Janeiro. 2006.

LEAL, M .C, *et al*. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde colet**., Rio de Janeiro, v.23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018.

LEAL, M. C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. **Cad. Saúde Pública**. 34(5):e00063818. 2018.

LEAL, M. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p.1-14, 2019.

LEAL, N. P. et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p. 941-50, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020. Acesso em: nov. 2021.

LEMKE, T. "The birth of bio-politics": Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality". **Economy and Society**, v. 30, n. 2, p. 190-207, 2001.

LEMKE, T. Foucault, governmentality and critique. Paper presented at the **Rethinking Marxism Conference**, University of Amherst (MA), 21-24 set 2000.

LEMOS, C. S.; GALINDO, D.; RODRIGUES, R. V.; AGUIAR, K. F. Cidades, corpos medicalizados e o biocapital: o mercado da saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 2, p. 187-194, mai./ago. 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1399.

LEMOS, F. C. S.; VASCO, D. dos S. Alguns percursos históricos entre o higienismo e a medicalização na atenção à infância e às famílias. **Revista do Difere**, v. 2, n.4, p. 1-20, 2012.

LOCKMANN, K.; MOTA, M. R. A. Práticas de assistência à infância no Brasil**:** uma abordagem histórica**. Revista Linhas**, Florianópolis, v. 14, n. 26, p. 76-111, jan./jun. 2013.

LUZES, E. M. **A necessidade do ensino da ciência do início da vida**. 1538f. Tese (Doutorado), UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

MACEDO, J. R. **A mulher na Idade Média**. 2.ed. Rio de Janeiro. Contexto. 2002.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 4ª ed. Rio de Janeiro. Zahar. 2009.

MACHADO,L. R. *et al*. **A danação da norma**: medicina social, e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro. Graal, 1978.

MACONES G. A. *et al*. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). **American Journal of Obstetrics and g**gynecology. v. 221, 3, p. 247.e1-247.e9. 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.012.

MAIA, A. Do biopoder à governamentalidade: sobre a trajetória da genealogia do poder. **Currículo sem Fronteiras**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 54-71, jan./jun. 2011.

MAIA, M. B. **HUMANIZAÇÃO DO PARTO:** política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. [s.l.] PUC Minas Gerais, 2008.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional***.* Fiocruz. Rio de Janeiro. 2010.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-1613, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2020.

MALACRIDA, C.; BOULTON, T. Women's Perceptions of Childbirth "Choices": Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness. **Gender & Society**, v. 26, n. 5, p. 748–772, ago. 2012.

MANSANO, S. R. V.; CARVALHO, P. R. de. Políticas de subjetivação no trabalho: da sociedade disciplinar ao controle. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 4, p. 651-661, out./dez. 2015.

MANSANO, S. R.V.; CARVALHO, P. R. de. Políticas de subjetivação no trabalho: da sociedade disciplinar ao controle. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 4, p. 651-661, out./dez. 2015.

MARQUE, F.C.; DIAS, L.M.V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.10, n.3, p.439 – 47, dez. 2006.

MARSTON, G. Fashion, fiction, fertile inquiry? Struggling with the postmodern challenge and social policy analysis. *In*: EARDLEY, T.; BRADBURY, B. (org.)

Competing Visions: Refereed Proceedings of the National Policy Conference 2001, SPRC Report 1/02. Sydney: Social Policy Research Centre, University of New South Wales, 2002, p. 298-316.

MARTINEZ-PINEDA, M. C.; CUBIDES, J. Sujeto y política: vínculos y modos de subjetivación. **Revista Colombiana de Educación**, Bogotá, Colombia n. 63, p. 67-88, 2012.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX, **Estudos Feministas**, Florianópolis, 13(3): 320, 2005.

MARTINS, A. P. V. **A medicina da mulher**: a visão do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX. 2000. 311fl. Doutorado (Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2004.

MARTINS, A. R. N. Grupos excluídos do discurso da mídia: uma análise de discurso crítica. **DELTA**, São Paulo, v. 21, n. spe, p. 129-147, 2005.

MASCARENHAS, R. S. **Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo**. São Paulo; 1949. [Tese de Livre-Docência]. Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, 1949.

MATEI, E. M. *et al*. Parto Humanizado: um direito a ser respeitado. **Saúde Materno Infantil.** São Paulo, v.9, n.2, p.16-26, abr./jun. 2003.

MELO, C. P. L. **No tempo da espera**: reflexões sociológicas sobre a humanização do parto no Recife. Tese. Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco. 2017.

MEYER, D. E. E. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, v.6, n.1, p.81-104. 2005. Disponivel em: https://ieg.ufsc.br/cedoc/revistas/0/volumes-eletronicos/0/1654. Acesso em: nov. 2021.

MIGOWSKI, E. S. **O governo das multidões**: população e poder em Michel Foucault. Luminária Acadêmica. Rio de Janeiro. 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria da República. **Recomendação n. 29/2019.** São Paulo: Ministério Público Federal/Procuradoria da República em São Paulo, 07 maio 2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MORAES, J.; SARAIVA, K. A norma dos corpos holográficos. **Textura**, Canoas, n. 26, p. 102-117, jul/dez. 2012.

MOREIRA, A. F. B. O pensamento de Foucault e suas contribuições para a educação. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 611-615, maio/ago. 2004.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj. Histórica**, São Paulo, v. 25, p. 197-219, 2002.

NAHAMA, E.E.I; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**,10 (3), 651-657, 2005.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia, de Jorge de Rezende. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 155-172, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000100155&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2020.

NESPOLI, G. Biopolíticas da participação na saúde: o sus e o governo das populações. *In*: GUIZARDI, F. L. *et al*. (org.). **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Recife: Editora Universitária UFPE, 2014, p. 59-90.

NETO, A. V. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades Cadernos de Educação. **FaE/PPGE/UFPel**. Pelotas [34]: 83 - 94, setembro/dezembro 2009.

NETO, J. L. F. A analítica da subjetivação em Michel Foucault. **Revista Polis e Psique**, Belo Horizonte, v. 7, n. 3, p. 7-25, 2017.

NETO, J. L. F. **Biopolíticas**: As formulações de Foucault. Cidade Futura. Florianópolis. 2010.

NETO, J. L. F. Pesquisa e Metodologia em Michel Foucault. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília. v. 31, n. 3, p. 411-420. 2015.

NETO, J. L. F. Retraçando os deslocamentos de Foucault: o lugar da biopolítica e da governamentalidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n.3, p. 365-376, jul./set. 2015.

NOGUERA-RAMIREZ, C. E. A governamentalidade nos cursos do professor Foucault. *In*: CASTELO BRANCO, G.; VEIGA-NETO, A. (Eds.). **Foucault**: filosofia e política. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 71-80.

NOGUERA-RAMÍREZ, C. E. O governamento pedagógico: da sociedade do ensino para a sociedade da aprendizagem. 2009. **Tese** (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 979-998, dez. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000400979&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2020.

NUNES, S. A. Figurações freudianas do feminino. **Série Estudos em Saúde Coletiva 131**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS. 1995.

NUNES, S.A. **O corpo de diabo entre a cruz e a caldeirinha**. Editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro. 2000.

ODENT, M. **O Camponês e a Parteira.** Editora Ground Ltda. Rio de Janeiro. 2003.

OLIVEIRA, A. Bernardes de. **A evolução da medicina até o século XX**. Pioneira Editora. São Paulo. p. 79. 1981.

OLIVEIRA, E. de. Fazer sofrer: governamentalidade e socialidade na partilha da dor. **Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v. 8, n. 1, p. 77-96, jan./jun. 2016.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem**. ISSN 1984-0446. v. 71, suppl 3. p. 1228-1236. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497. Acesso em: out. 2021.

OLIVEIRA, Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M.F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n.2, p.133-40. 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet**. 8452(ii), p. 436-437. 1985.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de ‘maternidade segura’. Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra.1996.

ORLANDO, J. M. **Vencendo a morte**: como as guerras fizeram a medicina evoluir.1. ed. Matrix Editora. São Paulo. 2016.

OSAVA, R.H. **A assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. Tese (Douturado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúdereprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998.

OUELLETTE, L.; HAY, J. **Better living through reality TV:** television and pos-welfare citizenship. Oxford: Blackwell Publishing, 2008.

PEDROSO, C.N.L.S; LÓPEZ, L.C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis**. v. 4, n. 27. 2017.

PELLIZZARO, N. Michel Foucault: um estudo do biopoder a partir do conceito de governo. **PERI – Revista de filosofia**, Florianópolis, v. 05, n. 01, p. 155-168, 2013.

PEREIRA, A. S. et al. Metodologia da pesquisa científica/– 1. ed. – Santa Maria, RS:UFSM,NTE,2018. **e-book**. Disponível em: http://repositorio.ufsm.br/handle/1/15824 acesso em: 15 de setembro de 2020. Acesso em: set. 2021.

PEREIRA, A.L.F. **O parto assistido pela enfermeira na política de humanização ao parto e nascimento.** Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde) Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

PEREIRA, R. M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3517-24, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016. Acesso: fev. 2022.

PERNOUD, R. **A Mulher Nos Tempos Das Cruzadas**. Editora: PAPIRUS. 1993.

PERROT, M. **Minha história das mulheres**. Contexto. São Paulo. 2008.

PIMENTEL, C.; RODRIGUES, L.; MÜLLER, 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, jan-jun., 2014 – ISSN 2179-7501. Disponivel em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8813/8788. Acesso em: dez. 2021.

PITTS-TAYLOR, V. **The brain's body: neuroscience and corporeal politics**. Duke University Press. Durham. 2016.

PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida**: de Canguilhem a Foucault. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2009.

PUCCINI, B. C. **Consciência Política e Humanização do Parto: a luta pelo direito à formação de obstetrizes na Universidade de São Paulo.** Dissertação. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2018.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. M. **Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e a hermenêutica. Forense Universitária. Rio de Janeiro. 2013.

RAGO, M. Trabalho feminino e sexualidade. *In*: PRIORE, M. Del. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo. Contexto/UNESP. 1997.

RAMALHO, K. S, *et al*. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits**. v. 1, n.1, p. 11-22, nov. 2012.

RAMOS DO Ó, J. Governamentalidade e a história da escola moderna: outras conexões investigativas. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 97-117, maio/ago. 2009.

RAMOS DO Ó, J. O governo do aluno na modernidade. **Revista Educação** – Especial Biblioteca do Professor – Foucault pensa a educação, v. 3, São Paulo, Editora Segmento, 2007. p. 36-45.

RANCK, J.; WINDLE, F.W. Brain damage in the monkey, macaca mulatta, by asphyxia neonatorum. **Exp Neurol**, 1: 130-54, 1959.

RATTNER, D. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, v. 4, n. 4, 2010.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Org.). **Violência obstétrica é violência contra a mulher:** mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. Rede Parto do Princípio. São Paulo. 2012.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Nota Técnica REHUNA Nº 1, de 08 de maio de 2019**. Ministério da Saúde e a expressão "Violência Obstétrica". Brasília: REHUNA, 2019. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/Marcusrenato/violncia-obsttrica-nota-tcnica-da-rehuna-rede-de-humanizao-do-parto-e-nascimento>. Acesso em: 15 set. 2019.

REVEL, J. Nas origens do biopolítico: de Vigiar e Punir ao pensamento da atualidade. *In*: GONDRA, J.; KOHAN, W. O. **Foucault**: 80 anos. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 107-128.

REZENDE, C. B. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. **Cadernos Pagu**, n.36, p.315-344, 2011.

REZENDE, J. de. **Obstetricia**. 3. ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 1974.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina [online]. Dos quatro humores às quatro bases. Editora Unifesp. São Paulo. 2009.

RIFFEL, M. J.**A ordem da humanização do parto na educação da vida**. Tese. Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2005.

ROCHA J. A., NOVAES P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, nº 3, mar. 2010.

RODRIGUES, L. **Parir é libertário**: Etnografia em um grupo de apoio ao parto humanizado de Recife/PE. Tese (Doutorado em Antropologia) Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2015.

RODRIGUES, M. S. **Humanização no processo de parto e nascimento**: implicações do plano de parto. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. 2017.

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, jun. 2002.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2001.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 33-57, jan./jun. 2001a.

ROSE, N. Inventando nossos eus**.** *In*: SILVA, T. T. (Org.). **Nunca fomos humanos**: nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica, 2001b. p. 137-204.

ROSE, N. **Inventando nossos selfs**: psicologia, poder e subjetividade. Vozes. Petrópolis. 2011.

ROSE, N. S.; O'MALLEY, P.; VALVERDE, M. Governmentality. **Annual Review of Law and Society**, [S.l.], n. 2, p. 83-104, 2006.

ROSE, N.; O'MALLEY, P; VALVERDE, M. Governmentality. **Annual Review of Law and Social Science**, v.2, p.83-104. 2009. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=1474131>. Acesso em: 29 jan. 2018.

ROSENBERG, C. **The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. The Milbank Quarterly**. v.80, n.2, p.237-260. 2002.

ROSO, C.C.; KRUSE, M.H.L. A vida no Facebook: o cuidado de si de transplantados renais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e67430, 2017.

ROTHMAN, B. "Laboring now: current cultural constructions of pregnancy, birth and mothering" *In*: SIMONDS, W. *et al*. **Laboring on**: birth in transition in the United States. Nova Iorque, Routledge, 2006.

ROURKE, K. H.; WILLIANSON, J. G. **When did globalisation begin?**. European Review of Economic History. Cambridge University Press, v. 6(01), p. 23-50, abr. 2002. Disponível em: <https://www.nber.org/papers/w7632>. Acesso em: [01-31] jan/set. 2020.

ROUVROY, A.; BERNS, T. Gouvernementalité algorithmique et perspectives d'émancipation: le disparate comme condition d'individuation par la relation?. **Réseaux**, [S.l.], n. 177, p. 163-196, 2013.

SALEM, T. **O casal grávido.** Disposições e dilemas do casal igualitário. Editora FGV. Rio de Janeiro. 2007.

SANDOVAL, A. M. Consideração sobre aspectos microssociais na análise dos movimentos sociais. **Psicologia e Sociedade**, Salvador, IV(7), 61-89, 1989.
SANTOS, A. G. dos. **Desenvolvimentos de uma genealogia da governamentalidade:** a noção de parresia entre ética e a política. 2017. 138 f. Tese de Doutorado apresentada ao programa de Pós-graduação em Filosofia e Metodologia das Ciências, do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2017.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: coletânea de leis e julgados da saúde. 2.ed. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Campinas. 2003.

SANTOS, N. M. **A Humanização do parto em maternidades públicas de Goiânia**: Direitos reprodutivos e relações de poder. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal de Goiás. 2009.

SARAIVA, K. Educação a distância e noopoder. **Revista Científica de Educação à Distância**, Santos, v. 1, n. 2, dez. 2008.

SARAIVA, K.; VEIGA-NETO, A. Modernidade líquida, capitalismo cognitivo e educação contemporânea**. Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 187-201, maio/ago. 2009.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**. Campinas. n 16. p. 137-150. 2001.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: Feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, n. 4, p. 960-966, 2020. Disponível em: https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4877/0. Acesso em: mar. 2022.

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.; BARBOSA, J. L. S; SANTOS, J. M.; VARGENS, O. M. C. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 13, p. 245-251, 2005. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>. Acesso em: [01-31] jan/set. 2020.

SERRA, M. C. M.; BATALHA, G. F. O. M. Do poder disciplinar ao biopoder: medicalização do parto a partir da incidência de cesarianas. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito** e-ISSN: 2525-9849. Belém, v. 5, n. 2, p. 74-95, Jul/Dez. 2019.

SCHLOSSER, D.F.; FRASSON, A. C.; CANTORANI, J. R. H. Softwares livres para análise de dados qualitativos. **R. bras. Ens. Ci. Tecnol**., Ponta Grossa, v. 12, n. 1, p. 539-550, jan./abr. 2019.

SHORTER, E. **A history of women's bodies**. Pelican Books. Londres. 1984.
SILVA, A. A.; MÉLLO, R. P. Subjetivação e governamentalidade: questões para a psicologia. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 367-387, aug. 2011.

SILVA, A. C.; MEDEIROS, M. M. Sexualidade e a história da mulher na Idade Média: a representação do corpo feminino no período medieval nos séculos X a XII. **Revista Eletrônica História em Reflexão**, v. 7, n. 14, UFGD, Dourados, jul./dez. - 2013.

SILVA, D. R. da. Biopoder na concepção de Michel Foucault: o poder do estado no controle da sociedade. **Periagoge,** Brasília, v. 1, n. 1, 2018.

SILVA, E. B. **Partejar e narrar**: O ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul (1960-1990). Dissertação. Programa de Pós-Graduação em História. Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. 2017b.

SILVA, I. D. C. da. **Infantocracia**: deslocamentos nas formas de compreender e viver o exercício do governamento infantil da racionalidade neoliberal. 2018. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2018.

SILVA, P. O. Três modos de visão: corporal, espiritual e intelectual. Apresentação e tradução parcial do Livro XII do Comentário Literal ao Livro do Genesis em Doze Livros de Agostinho de Hipona. Apresentação e Tradução in **Civitas Augustiniana**, v. 1, 2012, p. 151-169.

SILVA, T. Q. C. **O discurso de humanização do parto no contexto da Sociedade tecnocientífica contemporânea**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2017a.

SILVEIRA, F. de A. Corpos invasivos e violentos: subjetivação e incorporação dos sentidos em Foucault e Merleau-Ponty. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 353-384, set. 2007.

SOUSA, I. A mulher na Idade Média: a metamorfose de um status. **Revista da FARN**, Natal, v.3, n.1/2, p. 159 -173, jun. 2004.

SOUZA, E. M. Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade. **Cadernos Cefor**, nº7, São Paulo, 1992.

SOUZA, Maria Lúcia de Barros Mott de Mello. **Parto, parteiras e parturientes**: Mme. Dürocher e sua época. Tese (doutorado em História Social). Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1998.

STARR, P. **The social transformation of American Medicine.** New York: Basic Books, 1982.

SWAIN, G. A alma, a mulher, o sexo e o corpo: as metamorfoses de histeria no fim do século XIX. *In*: BIRMAN, J.; NICÉAS, C. A (coord). **O feminino**: aproximações. Campus. Rio de Janeiro. 1986.

TAVARD, G. H. **As Múltiplas Faces da Virgem Maria**. São Paulo: Editora: Paulus. 1999.

TEIXEIRA, L. A.; NAKANO, A. R.; NUCCI, M. F. Parto e nascimento: saberes, reflexões e diferentes perspectivas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 913-915. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104 59702018000400913&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: ago. 2021.

TEIXEIRENSE, M. M. S.; SANTOS, S. L. S. Da expectativa à experiência: humanização do parto no Sistema Único de Saúde. **Interface,** v.22, n.65, p.399-410, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0926. Acesso em: mar. 2022.

THEBAUD, F. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista de Estudos Feministas**, v. 10, n.2, p. 415-426, 2002.

THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**. Hemus. São Paulo. p. 352. 2002.
TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**. [online], v. 10, n.2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>. Acesso em: 03 de dez. 2014.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFSC). 429p. 2004.

TÓTORA, S. Envelhecimento ativo: proveniências e modulação da subjetividade. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 239-258, mar. 2016.

TRAVERSINI, C. S.; BELLO, S. E. L**.** O numerável, o mensurável e o auditável: estatística tecnologia para governar. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 135-152, maio/ago. 2009.

VARAZZE, J. **Legenda áurea**: vida de santos. Tradução de Hilário Franco Junior. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTICASTL. D. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 498-506, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24807.pdf>. Acesso em: [01-31] jan/set. 2020.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

VEIGA-NETO, A. Governamentalidades, neoliberalismo e educação. *In*: CASTELO BRANCO, G.; VEIGA-NETO, A. (Eds.). **Foucault**: filosofia & política. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

VEIGA-NETO, A. Governo ou Governamento. **Currículo sem Fronteiras**, v. 5, n. 2, p. 79-85, jul./dez. 2005.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M. C. Inclusão e governamentalidade. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n. 100, p. 947-963, out. 2007.

VEIGA-NETO, A.; TRAVERSINI, C. Por que governamentalidade e educação?. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 1-294, mai./ago. 2009.

VELLAY, P. *et al*. **Parto sem dor.** São Paulo: IBRASA, 1967.

VEYNE, Paul. Foucault revoluciona a história. *In*: VEYNE, P. **Como se escreve a história.** Tradução Alda Baltar; Maria Auxiliadora Kneipp. 4. ed. Brasília: UnB. 1998. p. 239-285.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 84p, 2002.

WAGNER, M. 1997. Confessions of a dissident. *In*: DAVIS-FLOYD R.; SARGEANT, C. (eds.). **Childbirth and authoritative knowledge** – cross-cultural perspectives. University of California Press, Berkely e Los Angeles, 1997, p. 366-395.
WERTZ, R. W., WERTZ, D. C. **Lying-In**: a history of childbirth in America. Free. Nova Iorque. 1977.

WITTER, N. A. **Males e epidemias**: Sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX). Tese de Doutorado PPGH Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

XAVIER, D.; ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. *In*: LABRA, M. E. (org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1989, p. 203-22.

YIEN, M. A. S. K. **Profissões médicas e violência obstétrica**: Expertises, monopólios, autoridades e Medicalização. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais. Faculdade de Direito de Vitória. 2016

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **HEITOR SILVA BIONDI**, sou enfermeiro, aluno de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, e estou realizando uma pesquisa sob a orientação da Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

TÍTULO DA PESQUISA: GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO: modulações na parturição na perspectiva de profissionais da assistência obstétrica.

OBJETIVO GERAL: Analisar como a governamentalidade engendrada por racionalidades modula a parturição por meio do governamento dos sujeitos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que transpassam os sujeitos profissionais de saúde, estabelecendo o governo de si e a condução das condutas das parturientes.
- Caracterizar as estratégias de governamento estabelecidos por sujeitos-profissionais de saúde para a condução das condutas das parturientes durante a parturição
- Identificar, na perspectiva dos sujeitos-profissionais de saúde, os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que subjetivam os sujeitos-parturientes, conduzindo suas condutas.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. Estão previstas a participação de 10 enfermeiros e 14 médicos obstetras atuantes no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, da Universidade Federal do Rio Grande, da Universidade Federal do Rio Grande, vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU/FURG-EBSERH). A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada com roteiro estabelecido a fim de atender o objetivo da pesquisa, com questões abertas referente ao objetivo proposto. As entrevistas serão gravadas mediante a autorização dos entrevistados, em local em que haja sigilo quando as respostas fornecidas e em que não haja a interferência de pessoas ou ruídos que possam comprometer o sigilo ou atrapalhar a qualidade do áudio, afetando sua clareza. Posteriormente as entrevistas gravadas serão transcritas e analisadas. Eticamente, a pesquisa poderá envolver riscos mínimos, como desconforto emocional ou abalo sentimental, e, caso isso ocorra, será fornecido assistência psicológica integral e gratuita.

Este estudo aprofunda-se nos aspectos que conduzem a assistência multiprofissional ao ciclo parturitivo, através do desenvolvimento do pensamento reflexivo. Caberá a equipe da pesquisa: 1. Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FURG) que visa avaliar os preceitos éticos de toda a pesquisa envolvendo seres humanos; 2. Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos; 3. Assegurar a privacidade dos participantes e/ou pessoas contatadas diretamente, protegendo suas imagens e

garantindo a não utilização das informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando assim, as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução do CNS Nº 510/16, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

O estudo será desenvolvimento por meio da realização de uma entrevista aos participantes. Para que não haja nenhum risco físico envolvido na realização das entrevistas, será considerada a condição vivenciada no contexto da pandemia do Coronavírus no município do Rio Grande, e seguidas integralmente as deliberações do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Júnior (HU) e demais órgãos competentes, no que se refere a coleta de dados para a pesquisa durante a pandemia, podendo as mesmas ocorrem de modo presencial ou *online* mantidas medidas de segurança sanitária compatíveis com o momento da pandemia. Caso a entrevista seja presencial, o entrevistador utilizará máscara e *Face Shield* durante a entrevista. A você será ofertado álcool gel 70% para higienização das mãos e máscara cirúrgica descartável para ser utilizada durante a entrevista

Por tratar-se de uma entrevista, existe a possibilidade de estimular uma autorreflexão negativa, o que pode acarretar mínimo risco à integridade psicológica. Diante da identificação de qualquer constrangimento ou dano emocional você poderá desistir da participação, sem prejuízos de qualquer natureza. Em caso de qualquer dano pessoal, diretamente causado pelos questionamentos realizados neste estudo, o pesquisador principal se responsabilizará em garantir assistência imediata, integral e gratuita aos participantes.

Como benefícios, considera-se que a pesquisa poderá servir de reflexão aos próprios trabalhadores sobre sua prática e, também, como subsídio para a elaboração e implementação de estratégias e medidas que possam auxiliar, de forma eficaz, na implementação de práticas assistenciais realmente humanizadas durante a realização do parto, respeitando verdadeiramente os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – universalidade, equidade e integralidade – e, na utilização de estratégias educativas voltadas ao parto que garantam a autonomia.

Após a análise das entrevistas, os dados serão arquivados em caixa lacrada, ficando sob a responsabilidade do pesquisador orientador do estudo, em armário fechado a chave localizado em sua sala de permanência na Escola de Enfermagem da FURG, por um período de cinco anos para que seja assegurada a validade do estudo e garantido a confidencialidade dos dados. Após esse período, os materiais físicos serão incinerados e as mídias digitais oriundas das gravações serão deletados. No caso da necessidade do desenvolvimento da coleta de dados de modo on-line, após concluída a coleta de dados e análise dos dados, os mesmos serão apagados dos dispositivos eletrônicos, plataformas digitais, ambientes virtuais compartilhados ou “nuvem”, em conformidade com o Ofício Circular nº 2/2021 CONEP, itens 3.2 e 3.3.

Qualquer informação poderá ser obtida através do contato com o doutorado (end.: Estrada Roberto Socoowisk, 757, casa 57. E-mail: enf.heitor@gmail.com. Fone: (53) 991676755), com o pesquisador responsável (end.: Rua General Osório, SN 96200-190. E-mail: ebarlem@gmail.com. Fone: (53) 3237-4604) ou com o CEP-FURG (end: segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, km 8, bairro carreiros, Rio Grande/RS, e-mail: cep@furg.br, telefone: 3237-3011). O CEP é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social. Você receberá uma via deste termo e a outra via ficará com o pesquisador.

Declaro que li e fui informado de forma clara dos objetivos, da metodologia de trabalho, dos riscos e benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo.

Estou ciente de que:

a) os resultados serão divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
b) minha participação é livre e que posso retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Caso isso ocorra, os dados por mim fornecidos não serão utilizados na pesquisa, os materiais físicos serão incinerados, as mídias digitais oriundas das gravações serão deletadas e o pesquisador responsável enviará obrigatoriamente uma resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa em retirar seu consentimento.
c) minha participação nesta pesquisa é isenta de qualquer despesa ou compensações financeiras;
d) é garantido ao participante indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, em conformidade com a Resolução CNS n° 466/2012 e Resolução CNS no 510/2016.
e) é garantido ao participante o ressarcimento e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver, em conformidade com a Resolução CNS n° 466/2012 e Resolução CNS no 510/2016".
f) autorizo o pesquisador, caso seja necessário, a entrar em contato via e-mail ou telefone disponibilizado;
g) este documento, será assinado em duas vias (uma ficará com a pesquisadora responsável e outra será entregue ao participante).

Rio Grande:_____/___/2022

Eu_____declaro que concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante:_____

Contatos_____.

Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem	**Enfermeiro Heitor Silva Biondi**
Orientador da pesquisa	Autor da
pesquisa(53) 3237-4604	(53)
991676755	

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

O que você entende como o parto ideal?

De que maneira acreditas que essa concepção de parto(s) ideal(is) foi formada em nossa sociedade? De onde essa concepção vem?

Quais aspectos você acredita que influenciam a concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde? De que maneira?

Que aspectos sociais (educacionais, financeiros, de acesso a serviços, etc) identificas que influenciam na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde? De que maneira?

Existe algum aspecto relacionado a história social (formação da sociedade brasileira) que identificas que influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde? De que maneira?

Existe algum aspecto local/regional que identificas que influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde? De que maneira?

Existe algum aspecto relacionado a essa concepção social de parto ideal que influencia/interfere na atuação dos profissionais de saúde?

Sobre o entendimento de parto ideal que os profissionais de saúde têm, de que maneira estes devem/podem atuar para viabilizar que ele ocorra?

As diferenças de concepção sobre o parto ideal que existem entre uns profissionais e outros, acabam influenciando na assistência ao parto? De que maneira?

Essa busca por viabilizar a efetivação do parto que entendem como ideal, como os profissionais podem/devem interferir na conduta dos demais profissionais? E das parturientes?

As diferenças de concepção sobre o parto ideal que existem entre os profissionais e as parturientes acabam influenciando na assistência ao parto? De que maneira?

Sobre o entendimento de parto(s) ideal(is) que existe na sociedade, o que as mulheres podem/devem fazer para vivenciarem um parto que elas entendem como ideal?

Existe alguma interferência direta dos profissionais ou tentativa de condução do comportamento direcionado às parturientes? De que maneira?

Existe alguma interferência direta dos parturientes ou tentativa de condução do comportamento direcionado aos profissionais? De que maneira?

Existe algum aspecto relacionado a história das políticas públicas de saúde (criação do SUS, PAISM, etc) que identificas que influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde? De que maneira?

Existe algum aspecto relacionado as políticas públicas de saúde mais recentes (PHPN, ESF) que identificas que influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde? De que maneira?

De que maneira acreditas que as narrativas sobre a humanização influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde?

De que maneira acreditas que as narrativas sobre excesso de intervencionismo influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde?

De que maneira acreditas que as narrativas sobre empoderamento da mulher sobre o parir influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde?

De que maneira acreditas que as narrativas sobre autonomia da mulher sobre o parto influenciam/interferem na concepção das mulheres? E para os profissionais de saúde?

De que maneira acreditas que a produção científica influencia/interfere na concepção das mulheres? E para os profissionais de saúde?

O que você entende por autonomia da mulher sobre o parto? Como se forma/é arquitetada esta autonomia? De onde ela vem?

De que maneira acreditas que a realização do pré-natal influencia/interfere na concepção das mulheres sobre o parto? E a não realização do pré-natal?

De que maneira acreditas que a realização do pré-natal influencia/interfere na concepção e atuação dos profissionais de saúde sobre o(no) parto? E a não realização do pré-natal? E a não realização do pré-natal?

De que maneira acreditas que as narrativas sobre violência obstétrica influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde?

Existe algum aspecto relacionado as determinações legais dos conselhos de classe profissional que identificas que influenciam/interferem na concepção dos profissionais de saúde sobre o parto? Há alguma interferência desses aspectos sobre as concepções das mulheres?

Existe aspectos referentes a opinião pública acerca da assistência ao parto que influenciam na concepção das mulheres sobre esse tema? E para os profissionais de saúde?

Existe aspectos referentes ao que circula de informações nas mídias que identificas que influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde?

Existe aspectos referentes ao que circula de informações nas redes sociais (FaceBook®, Instagram®, Grupos de WhatsApp®) que identificas que influenciam/interferem na concepção das mulheres sobre o parto? E para os profissionais de saúde?

As relações com os outros profissionais de saúde influenciam/interferem na sua conduta em relação ao parto? De que maneira?

A forma como o trabalho assistencial está organizado influencia/interfere na sua conduta em relação ao parto e na dos demais profissionais de saúde? De que maneira?

Existe aspectos em que você percebe que a equipe multiprofissional influencia/interfere na sua conduta em relação ao parto?

A forma como o trabalho assistencial está organizado influencia/interfere nas condutas e comportamentos das mulheres em trabalho de parto?

Existe aspectos em que você percebe que a equipe multiprofissional influencia/interfere nas condutas e comportamentos das mulheres em trabalho de parto?

As cobranças acerca do modo como você desenvolve o trabalho (avaliação de desempenho, avaliações da qualidade, metas, etc), interferem na sua conduta/comportamento em relação ao parto? De que maneira?

Questões relacionadas as capacitações (pressão por atualizações) interferem na sua conduta/comportamento em relação ao parto? De que maneira?

Questões relacionadas a produtividade interferem na sua conduta/comportamento em relação ao parto? De que maneira?

Questões relacionadas a grande demanda interferem na sua conduta/comportamento em relação ao parto? De que maneira?

As questões relativas à hierarquia no trabalho interferem na sua conduta/comportamento em relação ao parto? De que maneira?

A judicialização frequente de aspectos relacionados a assistência interferem na sua conduta/comportamento em relação ao parto? De que maneira?

Você mudou de alguma maneira, ao longo do tempo, a forma como você trabalha? Em que aspectos? Por quais motivos?

Você costuma moldar ou adaptar seu comportamento/conduta em relação ao parto, em virtude dos comportamentos dos demais? De que maneira?

De alguma maneira você se sente pressionado/forçado a ter alguma conduta (comportamental ou assistencial) que você acredita não ser o ideal? De que modo?

ANEXO 1

PARECER CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO: modulações na parturição na perspectiva de profissionais da assistência obstétrica

Pesquisador: Heitor Silva Biondi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58273022.6.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.492.379

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas do Projeto n.º 1938097, gerado pelo preenchimento dos campos de submissão da plataforma Brasil em 20/06/2022, e/ou do Projeto Detalhado.

Resumo:

As maneiras como assistência ao parto são desenvolvidas advém da construção histórica dos saberes e verdades, que constituem em uma intelecção das práticas envoltas na parturição, configurando-se em racionalidades. Por estarem difundidas e introjetadas no corpo social, as racionalidades passaram a prescrever condutas e regular comportamentos, por meio do acionamento de instituições, procedimentos, táticas, estratégias, análises, reflexões e cálculos que, articuladamente, engendrando uma governamentalidade do parto. Partindo desta compreensão, este estudo tem como objetivo geral: analisar como a governamentalidade engendrada por racionalidades modula a parturição por meio do governamento dos sujeitos; e como objetivos específicos: identificar os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que transpassam os sujeitos profissionais de saúde, estabelecendo o governo de si e a condução das condutas das parturientes; caracterizar as estratégias de governamento estabelecidos por sujeitos-profissionais de saúde para a condução das condutas das parturientes

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br

durante a parturição; e, identificar, na perspectiva dos sujeitos-profissionais de saúde, os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que subjetivam os sujeitos-parturientes, conduzindo suas condutas. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que será desenvolvido com enfermeiros e os médicos obstetras de Centro Obstétrico de Hospital Universitário no Sul do Brasil. A coleta ocorrerá por meio de entrevista semiestruturada e os dados serão analisados à luz das teorizações acerca da governamentalidade. Serão respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos e demais instâncias institucionais. Espera-se que a análise proposta projete um novo olhar sobre as complexas redes durante a parturição; e, identificar, na perspectiva dos sujeitos-profissionais de saúde, os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que subjetivam os sujeitos-parturientes, conduzindo suas condutas. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que será desenvolvido com enfermeiros e os médicos obstetras de Centro Obstétrico de Hospital Universitário no Sul do Brasil. A coleta ocorrerá por meio de entrevista semiestruturada e os dados serão analisados à luz das teorizações acerca da governamentalidade. Serão respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos e demais instâncias institucionais. Espera-se que a análise proposta projete um novo olhar sobre as complexas redes discursivas multidirecionadas que transpassam os corpos de mulheres-parturientes e profissionais de saúde, contribuindo positivamente sobre as relações de forças insipientes e instáveis, tencionadas pelos antagonismos discursivos entre risco e segurança, medo e confiança, controle e fisiologia, dentre outros, mas que, mesmo sendo voláteis, concatenam os mecanismos de governamento do parto. discursivas multidirecionadas que transpassam os corpos de mulheres-parturientes e profissionais de saúde, contribuindo positivamente sobre as relações de forças insipientes e instáveis, tencionadas pelos antagonismos discursivos entre risco e segurança, medo e confiança, controle e fisiologia, dentre outros, mas que, mesmo sendo voláteis, concatenam os mecanismos de governamento do parto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como a governamentalidade engendrada por racionalidades modula a parturição por meio do governamento dos sujeitos.

Objetivo Secundário:

• Identificar os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que transpassam os sujeitos profissionais de saúde, estabelecendo o governo de si e a condução das condutas das parturientes.

• Caracterizar as estratégias de governamento estabelecidos por sujeitos-profissionais de saúde para a condução das condutas das parturientes durante a parturição;
• Identificar, na perspectiva dos sujeitos profissionais de saúde, os engendramentos dos saberes-verdades concatenados às racionalidades que subjetivam os sujeitos-parturientes, conduzindo suas condutas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo será desenvolvimento por meio da realização de uma entrevista aos participantes. Para que não haja nenhum risco físico envolvido na realização das entrevistas, será considerada a condição vivenciada no contexto da pandemia do Coronavírus no município do Rio Grande, e seguidas integralmente as deliberações do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Júnior (HU) e demais órgãos competentes, no que se refere a coleta de dados para a pesquisa durante a pandemia. Caso não seja possível a realização das entrevistas presencialmente, estas ocorrerão de modo online, não expondo os participantes a nenhum tipo de risco físico. Caso seja autorizada a realização da pesquisa de modo presencial, serão mantidas medidas de segurança sanitária compatíveis com o momento da pandemia, o que incluirá o uso de máscara e Face Shield pelo doutorando. Para higienização das mãos e utensílios estará disponível álcool gel 70% a serem utilizados pelo participante e pelo doutorando. Ao participante será oferecida uma máscara cirúrgica descartável para ser utilizada durante a entrevista. Por tratar-se de uma entrevista, existe a possibilidade de estimular uma autorreflexão negativa em algum participante, o que pode acarretar mínimo risco à integridade psicológica. Desta forma, diante da identificação de qualquer constrangimento ou dano emocional que afete o(s) participante(s) no decorrer do estudo, estes poderão desistir da participação, sem prejuízos de qualquer natureza. Em caso de qualquer dano pessoal, diretamente causado pelos questionamentos realizados neste estudo, o pesquisador principal se responsabilizará em garantir assistência integral e gratuita ao participante.

Benefícios:

Como benefícios, considera-se que a pesquisa poderá servir de reflexão aos próprios trabalhadores sobre sua prática e, também, como subsídio para a elaboração e implementação de estratégias e medidas que possam auxiliar, de forma eficaz, na implementação de práticas assistenciais realmente humanizadas durante a realização do parto, respeitando verdadeiramente os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – universalidade, equidade e integralidade – e, na utilização de estratégias educativas voltadas ao parto que garantam a autonomia enquanto

prática do governo de si.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Estudo nacional, unicêntrico. Caráter acadêmico, realizado para a obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Furg.

Número de participantes previsto:24

Data de início:22/06/2022
Data de fim:30/08/2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 5.419.238 emitido pelo CEP em 19/05/2022.

1. Solicita-se que seja apresentado na metodologia do Projeto Detalhado e no TCLE as medidas cabíveis frente aos riscos da pesquisa para os participantes, incluindo-se a afirmação "os pesquisadores garantem assistência imediata, integral e gratuita aos participantes". (Resolução CNS no 466/2012, item II.3 e item V, subitem V.6; Resolução CNS no 510/2016 Art. 3, item X);

REPOSTA: Em resposta ao item, foram acrescidas as seguintes informações ao Projeto e ao TCLE:

"Por tratar-se de uma entrevista, existe a possibilidade de estimular uma autorreflexão negativa em algum participante, o que pode acarretar mínimo risco à integridade psicológica. Desta forma, diante da identificação de qualquer constrangimento ou dano emocional que afete o(s) participante(s) no decorrer do estudo, estes poderão desistir da participação, sem prejuízos de qualquer natureza. Em caso de qualquer dano pessoal, diretamente causado pelos questionamentos realizados neste estudo, o pesquisador principal se responsabilizará em garantir assistência imediata, integral e gratuita aos participantes".

ANÁLISE: atendida.

2. Solicita-se que se descreva no Projeto Detalhado a segurança e monitoramento dos dados. Apresentando local físico institucional e nome do responsável pela guarda de todos os materiais (impressos e digitais) gerados pela pesquisa. (Resolução CNS no 510/2016, Art. 28, item IV; Resolução CNS no 466/2012, item XI.2, subitem f). No caso da coleta de dados on-line, solicita-se que no item segurança e monitoramento dos dados, o pesquisador garanta que após concluída a coleta de dados, irá fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Isso também deve ser feito com os registros de consentimento livre e esclarecido que sejam gravações de vídeo ou áudio. (Ofício Circular nº 2/2021 CONEP, itens 3.2 e 3.3);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foram acrescidas as seguintes informações ao Projeto:

"Após a análise dos dados, os mesmos serão arquivados em caixa lacrada, ficando sob a responsabilidade do pesquisador orientador do estudo, em armário fechado a chave localizado em sua sala de permanência na Escola de Enfermagem da FURG, por um período de cinco anos para que seja assegurada a validade do estudo e garantido a confidencialidade dos dados. Após esse período, os materiais físicos serão incinerados e as mídias digitais oriundas das gravações serão deletados.
No caso da necessidade do desenvolvimento da coleta de dados de modo on-line, após concluída a coleta de dados e análise dos dados, os mesmos serão apagados dos dispositivos eletrônicos, plataformas digitais,ambientes virtuais compartilhados, ou "nuvem", em conformidade com o Ofício Circular nº 2/2021 CONEP, itens 3.2 e 3.3".

ANÁLISE: atendida.

3. Solicita-se que seja apresentado no TCLE a garantia de plena liberdade do participante da pesquisa para decidir sobre sua participação, podendo retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum. (Resolução CNS no 466/2012, item IV.3, subitem d; Resolução CNS no 510/2016, Art. 17, item III).

RESPOSTA: Em resposta ao item, foram acrescidas as seguintes informações ao Projeto:

"Estou ciente de que: minha participação é livre e que posso retirar meu consentimento em

qualquer fase da pesquisa. Caso isso ocorra, os dados por mim fornecidos não serão utilizados na pesquisa, os materiais físicos serão incinerados, as mídias digitais oriundas das gravações serão deletadas e o pesquisador responsável enviará obrigatoriamente uma resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa em retirar seu consentimento".

ANÁLISE: atendida. No entanto, a resposta era ao TCLE e não ao projeto, como consta na primeira fase da resposta do pesquisador.

4. Solicita-se inserir a informação no TCLE de que não haverá despesas nem compensações financeiras ao participante de pesquisa com a participação na pesquisa. (Resolução CNS no 510/2016, Art.17, item VII);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foram acrescidas as seguintes informações ao TCLE:

"Estou ciente de que: minha participação nesta pesquisa é isenta de qualquer despesa ou compensações financeiras".

ANÁLISE: atendida.

5. Solicita-se informar no TCLE da garantia de indenização ao participante diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa nos termos da lei. (Resolução CNS n° 466/2012, item IV.3, subitem h; Resolução CNS no 510/2016, Art. 9, item VI);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foram acrescidas as seguintes informações ao TCLE:

"Estou ciente de que: é garantido ao participante indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, em conformidade com a Resolução CNS n° 466/2012 e Resolução CNS no 510/2016".

ANÁLISE: atendida.

6. Solicita-se informar no TCLE que é garantido ao participante o ressarcimento de despesas decorrentes da participação na pesquisa, quando houver. (Resolução CNS n° 466/2012, item IV.3,

RESPOSTA: Em resposta ao item, foram acrescidas as seguintes informações ao TCLE:

"Estou ciente de que: é garantido ao participante o ressarcimento e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver, em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução CNS no 510/2016".

ANÁLISE: atendida.

7. Solicita-se inserir no TCLE a garantia do anonimato, da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes, do sigilo e da proteção de sua identidade. (Resolução CNS nº 466/2012, item III.2, subitem i e item IV.3, subitem e; Resolução CNS nº 510/2016, Art.3, item VII, Art. 9, itens III e IV, Art. 17item IV);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foram destacadas as seguintes informações ao TCLE:

"Caberá a equipe da pesquisa: 3. Assegurar a privacidade dos participantes e/ou pessoas contatadas diretamente, protegendo suas imagens e garantindo a não utilização das informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando assim, as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução do CNS Nº 510/16, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV
e no Novo Código Civil, artigo 20."

ANÁLISE: atendida.

8. Solicita-se inserir ao final do TCLE espaço para assinatura do convidado a participar da pesquisa (Resolução CNS nº 466/2012, item IV.5, subitem d);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foi acrescido o espaço para assinatura do participante

ANÁLISE: atendida.

9. Solicita-se que nos casos do TCLE possuir mais de uma página, todas devem ser numeradas

sequencialmente, com o número atual do total de páginas, ou seja, 1 de 3, 2 de 3, 3 de 3. (Recomendação da CONEP);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foi acrescido a numeração de página, com o número atual e o total de páginas.

ANÁLISE: atendida.

10. Solicita-se que seja ajustada a frase final do TCLE, pois caso o pesquisador queira inserir uma frase final declarativa do participante, esta deve ter uma redação simples como: "li e concordo em participar da pesquisa" ou "declaro que concordo em participar da pesquisa", não se deve introduzir novas informações ou informações contraditórias ao conteúdo do restante do termo. (Carta Circular CONEP no 51/2017, item3c);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foi alterada a frase final do TCLE: "declaro que concordo em participar da pesquisa".

ANÁLISE: atendida.

11. Solicita-se que seja apresentado na Plataforma Brasil o cronograma da pesquisa, contendo: a duração total e as diferentes etapas da pesquisa, em número de meses, conforme consta no documento do Projeto Detalhado e do Orçamento (Carta Circular CONEP nº 061/2012; Norma Operacional CNS no 001/2013, item 3.4.1, subitem 9);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foi apresentado em documento separado anexado a Plataforma Brasil com o cronograma da pesquisa, contendo a duração total e as diferentes etapas da pesquisa, em número de meses.

ANÁLISE: atendida.

12. Solicita-se inserir na Plataforma Brasil o nome de todos os membros que irão compor ou auxiliar no projeto de pesquisa. (Manual do Pesquisador, versão 3.2 de 2018, p.26-27);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foi acrescentado o nome do Professor Doutor Edison Luis Devos Barlem, orientador do estudo.

ANÁLISE: atendida.

13. Solicita-se incluir no TCLE, na coleta de dados on-line, a garantia do direito do participante de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento. Ainda, caso tenha pergunta obrigatória deve constar no TCLE o direito do participante de não responder (Ofício Circular nº 2/2021 CONEP, tens 2.2.1 e 2.2.2);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foram destacadas as seguintes informações ao Projeto e TCLE:

"Na concordância da participação, será disponibilizado ao participante da entrevista online o acesso ao conteúdo/teor do instrumento de coleta de dados, para que este possa decidir acerca se sua participação no estudo, bem como, caso deseje não responder algum dos questionamentos."

ANÁLISE: atendida.

14. Solicita-se que no convite para a participação na pesquisa, quando prevê coleta de dados on-line, seja incluído, obrigatoriamente, link para endereço eletrônico ou texto com as devidas instruções de envio, que informem ser possível, a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, a retirada do consentimento de utilização dos dados do participante da pesquisa. Nessas situações, o pesquisador responsável fica obrigado a enviar ao participante de pesquisa a resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa em retirar seu consentimento (Ofício Circular nº 2/2021 CONEP, item 4.2);

RESPOSTA: Em resposta ao item, foi apresentado em documento separado anexado a Plataforma Brasil com as instruções de envio, informando acerca da possibilidade da retirada do consentimento de utilização dos dados do participante da pesquisa, a qualquer momento e sem nenhum prejuízo. Não somente, foi acrescido ao Projeto e TCLE as seguintes informações: "Caso o participante manifeste este desejo, o pesquisador responsável enviará obrigatoriamente uma resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa em retirar seu consentimento,

comprometendose com a não utilização dos dados e com a imediata retirada das respostas do banco de dados, com a incineração dos materiais físicos da entrevista ou exclusão dos dados coletados digitalmente".

ANÁLISE: atendida.

15. Solicita-se garantir ao participante de pesquisa, quando prevê coleta de dados on-line, o direito de acesso ao conteúdo/teor do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. Enfatiza-se que o participante terá acesso às perguntas somente depois que tenha dado o seu consentimento. (Ofício Circular nº 2/2021 CONEP, itens 2.2.3 e 2.2.4).

RESPOSTA: Em resposta ao item, foram acrescidas as seguintes informações ao Projeto: "Na concordância da participação, será disponibilizado ao participante da entrevista online o acesso ao conteúdo/teor do instrumento de coleta de dados, para que este possa decidir acerca se sua participação no estudo, bem como, caso deseje não responder algum dos questionamentos".

ANÁLISE: atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:
Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS 466/12 item XI.2.d. e Resolução CNS 510/16 Art. 28.V.

O modelo encontra-se disponível no site do CEP-FURG (https://propesp.furg.br/pt/comites/cep-furg) e o seu prazo é de 40 dias após a data final do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1938097.pdf	20/06/2022 18:19:24		Aceito

Outros	carta_resposta.pdf	20/06/2022 18:18:52	Heitor Silva Biondi	Aceito
Outros	CONVITE.pdf	20/06/2022 18:18:27	Heitor Silva Biondi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	GOVERNAMENTALIDADE_DO_PARTO .pdf	20/06/2022 18:17:49	Heitor Silva Biondi	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/06/2022 18:17:21	Heitor Silva Biondi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO.pdf	20/06/2022 18:16:49	Heitor Silva Biondi	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	29/04/2022 16:12:33	Heitor Silva Biondi	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	29/04/2022 14:18:51	Heitor Silva Biondi	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/04/2022 14:16:14	Heitor Silva Biondi	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO GRANDE, 27 de Junho de 2022

Assinado por:
Camila Daiane Silva
(Coordenador(a))

ANEXO 2

CARTA DE ANUÊNCIA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR. DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
Rua Visconde de Paranaguá, nº 102 - Bairro Centro
Rio Grande-RS, CEP 96200-190
- http://hu-furg.ebserh.gov.br

Carta - SEI nº 22/2022/SGPITS/GEP/HU-FURG-EBSERH

Rio Grande, *29/04/2022*.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "GOVERNAMENTALIDADE DO PARTO: MODULAÇÕES NA PARTURIÇÃO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA", sob a responsabilidade do Pesquisador Principal HEITOR SILVA BIONDI.

2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.

3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

4. Informo que o presente projeto foi apreciado e aprovado pela Unidade de saúde da Mulher.

5. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde

Documento assinado eletronicamente por Luis Fernando Guerreiro, Chefe de Setor, em 29/04/2022, às 15:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 21175051 e o código CRC 8FDAE2AA.