



Gestão de famílias: a mãe como foco da medicalização durante a gestação e o nascimento

Management of Families: The Mother as a Focus of Medicalization During Pregnancy and Childbirth

Debora Fernanda Haberland
Andrea Cristina Coelho Scisleski
Universidade Católica Dom Bosco

Resumo

A participação da mulher durante o pré-natal, sua adesão às orientações e a forma como vai exercer o cuidado envolvem um conjunto de interesses e possibilidades sociais. Devido a isso, investir em formas de controle desses corpos e gerenciar como irá gestar, parir, alimentar e cuidar da criança e da família adquirem importância. Tal modo de exercer o poder sobre a vida não encontra sustentação apenas no discurso médico ou político; requer uma articulação de práticas discursivas, ensinadas e reproduzidas por um complexo social que envolve desde a mídia até os profissionais de saúde, passando pelos familiares da gestante. Este artigo surge de uma pesquisa-intervenção em que foram realizadas oficinas de conversas com as gestantes que faziam o pré-natal em um hospital filantrópico. Aqui, colocamos em análise o que é tido como norma social sobre o que é ser “boa mãe”, entendendo como um dispositivo de governo das famílias.

Palavras-chave: **Medicalização; Aleitamento Materno; Gestação**

Abstract

The participation of women in prenatal care, their adherence to orientations and the way they will take care of their children involve a myriad of social interests and possibilities. As a result, both investing in ways of control and managing the way they will gestate, give birth, feed and take care of their children become important. Such way of exerting power over life has not only been supported by either the medical or political discourse; it has also required an articulation of discursive practices that are taught and reproduced by a social complex involving the media, health professionals and the pregnant women's families. This paper has stemmed from an intervention-research in which conversation workshops were carried out with pregnant women receiving prenatal care at a philanthropic hospital. Here, we analyze what has been regarded as a social norm of what means to be a “good mother”, by understanding such norm as a device intended to govern families.

Keywords: **Medicalization; Breastfeeding; Pregnancy**

Introdução

A assistência pré-natal tem como finalidade a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999), a assistência pré-natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais destinados a proteger a gestante e o feto durante a gravidez, o parto e o puerpério. Em alguns manuais e recomendações, como o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, no Programa de Humanização do Parto (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria executiva, 2002), e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004), percebemos um enfoque no processo biológico de gestação, parto e puerpério, centrado no desenvolvimento da criança que está sendo gestada e no processo biológico e hormonal que ocorre nesse período.

Este artigo surge de algumas reflexões propostas durante a elaboração de uma dissertação de mestrado, com base nas reflexões de Foucault, para debater como esse discurso se dá não apenas nas políticas públicas, mas também com as próprias mulheres que vivenciam tal processo. Este texto busca problematizar como se opera a medicalização da família a partir da mulher durante o período gravídico puerperal, que compreende a gestação, o parto e o nascimento, considerando os impactos dessa medicalização nas falas das gestantes. A pesquisa realizou-se em um hospital filantrópico no contexto da cidade de Campo Grande/MS. Este hospital funciona utilizando os protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece consultas a preços populares, o que faz com que muitos usuários do SUS procurem o referido hospital devido a maior disponibilidade de agenda.

Como método da pesquisa, foi realizada uma oficina para ouvir as gestantes assistidas no contexto de um hospital filantrópico. Embora houvesse um programa de pré-natal instituído e com consultas médicas regulares na referida instituição, muitas gestantes buscavam sanar dúvidas sobre questões singulares que não eram abordadas durante essas consultas, como sexualidade, por exemplo, com a equipe de enfermagem. Ao iniciarem a pesquisa, as gestantes mencionavam de forma positiva o atendimento que recebiam, mas entendiam

que este era restrito ao período da gestação, além de os cuidados aprendidos se destinarem somente à criança que estava sendo gestada. A partir das reflexões sobre essa situação, surgiram questionamentos sobre como a família era conduzida nesse processo, bem como sobre as formas de medicalização e o fato de o pré-natal ser essencial não somente para garantir uma gestação saudável e um parto seguro, mas também para esclarecer as dúvidas das futuras mães em relação a outras questões. A pesquisa foi realizada após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP/UCDB. As participantes foram esclarecidas previamente sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participação.

Juntamente com a assistência pré-natal, o aleitamento materno tem sua importância reconhecida pelos profissionais e é muito presente nas recomendações das políticas de assistência às gestantes; porém, pudemos perceber que muitas ainda não se sentiam assistidas. A OMS (1999) recomenda que as crianças recebam exclusivamente aleitamento materno até o sexto mês de vida e que, após esse período, haja alimentação complementar para suprir as necessidades nutricionais, devendo-se continuar a amamentação até os dois anos de idade ou mais. Além dessa abordagem, as gestantes referiam que a consulta era muito focada na formação e desenvolvimento do feto. Percebemos que essas mulheres buscavam um contato mais abrangente e que a figura de “fêmea reprodutora” não atendia às suas necessidades. Elas procuravam saber mais sobre as mudanças corporais, a sexualidade, as relações familiares e, especialmente, sobre a responsabilidade de exercer o cuidado com a criança.

Apesar de o hospital onde se realizou a pesquisa não ser vinculado à rede do SUS, ele atendia a mesma população e utilizava os mesmos protocolos. Os manuais e diretrizes descrevem muitos fundamentos biológicos de produção e ejeção do leite, compartimentando a mulher a partir de certos órgãos e privilegiando o cuidado com o útero e a mama durante a gravidez. Nesse sentido, citamos, os Dez passos para alimentação saudável (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013) e o Manual de Parto e Puerpério (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria executiva,

2002). No entanto, pode-se pensar que a gestação é vivenciada de forma diferente por cada mulher e cada família, pois essas possuem situação econômica, crenças e culturas diferentes. Percebemos, durante a atuação com as gestantes, que a adesão da mulher para querer e conseguir amamentar seu filho está diretamente ligada às relações familiares, mas também e especialmente às cobranças sociais que norteiam a ideia do que é ser uma boa mãe. No Brasil, a elaboração dos programas de assistência à saúde considera importante a aliança entre a família e as instituições de saúde; posteriormente, veremos como operam.

A invenção da mãe trabalhadora e a gestão da saúde

No âmbito das intervenções na família, segundo Jurandir Freire Costa (2004, p.23), o equipamento teórico-técnico das terapias e suas respectivas pedagogias, reforçando a engrenagem geradora do desconforto familiar, instaurado no século passado. Para essa visão, a educação familiar é falha, devido à ignorância e, por isso, necessitada de vigilância externa. Os especialistas pedem, prescrevem e exigem maior controle sobre os corpos indisciplinados dos filhos. Assim, a família fechada na intimidade das figuras casa-pai-mãe-filhos se torna um objeto a ser modelado por relações de saber-poder, assumindo um lugar singular no processo de disciplinarização do indivíduo em todos os níveis da sociedade (Donzelot, 1980/2001).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004). Na década de 60, diversos países voltaram-se para o controle da natalidade, destacando-se a atenção do Estado às mulheres em idade fértil, especialmente também por sua entrada no mercado de trabalho. Assim, os programas de “controle da natalidade” ganharam destaque no final da década de 70 (Mori, Coelho & Estrella, 2006). Nas décadas de 30, 40 e 50 do século passado, a mulher era vista basicamente como mãe e “dona de casa” (Mori et al., 2006). Quando as mulheres se tornam mão-de-obra trabalhadora, começa-se a pensar em uma remodelação dos papéis familiares tradicio-

nais, tornando-se necessária uma atuação em saúde que lhes permitisse procriar e manter-se ativas a partir do ingresso no campo do trabalho.

No sentido foucaultiano, os jogos de verdade referem-se ao conjunto de regras de produção da verdade ou, ainda, aos diferentes procedimentos que conduzem a uma verdade - um “regime de verdades” que sustenta uma determinada forma de poder (Medeiros, 2008), os discursos que constituem um determinado campo. Neste caso, referimo-nos a uma readequação às normas pelo próprio mercado, em que a mulher precisa realizar o cuidado esperado com seu corpo e seus filhos, cuidado esse atrelado às demandas do mercado.

Essa nova ordem econômica teria desenvolvido uma forma assistencial e administrativa de gerenciamento não apenas do indivíduo, mas do coletivo. O corpo passou a ser considerado em seu aspecto útil, e em torno dele se organizaram dispositivos para assegurar o incremento de sua utilidade. A medicina moderna seria, portanto, uma estratégia biopolítica (Souza, Sabatine & Magalhães, 2011), o que significa que passa a ser importante investir no fomento da vida da população. Assim, os aspectos biológicos dos indivíduos passaram a ser importantes, pois interferem na sua condição de trabalho; logo, têm relevância para a nova ordem econômica capitalista.

As rotinas na instituição hospitalar e seus protocolos permitem a medicalização desse espaço, e as estratégias de cuidado à mulher apresentam-se como um dispositivo. Torna-se necessário gerenciar a forma como as famílias se formam e a quantidade de filhos, além de se garantir sua sobrevivência em boas condições até a idade adulta. Dessa forma, a saúde passou a ser um dos objetivos essenciais da família (Souza et al., 2011). No texto *A política de saúde no século XVIII*, aponta-se o desenvolvimento de uma medicina moderna e privada que começa a instaurar-se no âmbito do cenário europeu, estando voltada à medicalização da família (Souza et al., 2011). Esse texto refere-se à forma como essa medicalização ocorre, pois há o surgimento de uma corporação médica e de seu mercado; ao mesmo tempo, ocorre o fortalecimento de uma “nosopolítica”. De acordo com Martha Ramirez Galvez (2009) a interferência na formação das futuras famílias foi precedida pela medicalização do processo reprodutivo por

meio do surgimento da obstetrícia desde os meados do século XVIII. No desenvolvimento dessa prática, outras disciplinas médicas foram criadas a serviço dessa medicalização higienista, como a ginecologia, a embriologia e a genética, expandindo o controle desde a concepção, gravidez, parto e anticoncepção.

A atenção a partir de instâncias múltiplas é, de acordo com Luís Antônio Francisco de Souza et al. (2011), o elemento mais marcante dessa nosopolítica: “o deslocamento dos problemas de saúde em relação às técnicas de assistência” (Souza et al., 2011, p. 359). Assim, protocolos de atendimento são baseados no conhecimento médico e passam a ser produzidos por estratégias mais capilarizadas que as instituições hospitalares, como é o caso de instituições filantrópicas e mesmo da própria família. Jaques Donzelot (1980/2001) fala das características da filantropia, que se distingue da caridade, na escolha de seus objetivos, por suas preocupações pragmáticas. Em vez de dom e esmolas, conselho, pois este não custa nada e exerce influência moral sobre os pobres. Em longo prazo, esse tipo de assistência poderia, senão render, pelo menos evitar gastos futuros.

Em um primeiro momento, podemos pensar que essa questão do surgimento de técnicas de assistência no campo da saúde é pertinente à nossa problemática, uma vez que o espaço onde as mulheres em nossa pesquisa são atendidas é um hospital filantrópico, onde são atendidas pela “Taxa Social” que refere-se a uma valor abaixo do mercado de consultas e exames. Nesse sentido, o conceito de nosopolítica é crucial, pois nos permite atrelar práticas de assistência a práticas de saúde, vendo-as como uma estratégia de atendimento à população. Robert Castel (1998/2010) diz que, como o atendimento aos carentes vai se constituir objeto de práticas especializadas, o hospital, o orfanato e a distribuição organizada de esmolas, por oferecer tratamento particular e especializado, se tornam instituições sociais. Essas práticas vão exigir processos regulares de especialização.

Em um segundo momento, o conceito de nosopolítica também é crucial porque, de acordo com Souza et al. (2011), incide no “privilégio da infância e da medicalização da família” (p. 363). Isto é, a partir do estabelecimento desse privilégio, não apenas a família passa a ser responsável pelas crianças que

produz, mas também se estabelece uma forma de geri-las e se prescrevem certos modos de relação entre pais e filhos. Nas palavras do autor:

A família não deve mais ser apenas uma rede de relações que se inscreve em um *status* social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Ela deve tornar-se um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo, que envelopa, mantém e favorece o corpo da criança. (Souza et al., p. 363, glifo original)

Nessa direção, o movimento higienista se investe de autoridade para modelar a conduta da sociedade brasileira prescrevendo protocolos do bom comportamento, também na abordagem à família, cada vez mais requisitada, caberia às mulheres um papel de destaque. A maternidade era evocada ao máximo, sendo as mulheres convocadas à vocação sagrada da maternidade e da família nuclear (Ammann, 1980/2003; Lemos et al., 2010). Ainda de acordo com Souza et al. (2011), em uma esteira de procedimentos de cuidado que começam a esboçar-se no século XVIII no que tange à saúde, o aleitamento materno aparece como uma estratégia em um “corpo a corpo permanente e constrangedor dos adultos para com as crianças” (p. 363). A nosopolítica que se delineou no século XVIII teve como uma das mais importantes consequências a organização do complexo família-criança.

A família torna-se responsável não só por gerar essa criança, mas também pela forma como cuidará de sua saúde; assim, a partir dessa época, a família passa a ser o agente mais constante da própria medicalização (Del Priore, 1997/2006). Os tradicionais cuidados com a casa e com os filhos passam a ser investidos de outra ordem de poder, delegada e demandada pelo Estado “às mães devotadas, afinal a criança bem-amada será adubo e a semente do adolescente, futuro adulto patriótico” (Costa, 2004, p.73). Este investimento na família e a forma de vigiar para que realize um determinado comportamento também é citado por Jaques Donzelot (1980/2001), que afirma que a família, e a conexão entre a moral e a economia implicará numa contínua vigilância sobre ela.

A medicina social, definidora de uma nova posição na sociedade: uma função política de criação e transmissão de normas de comportamento individuais e sociais. As campanhas junto aos grupos sociais de risco e especialmente às famílias foram priorizadas, incidindo

de forma decisiva no processo de medicalização da vida em sociedade. A saúde pública foi a esteira sobre a qual o Estado, por meio do poder emanado da medicina, interveio no seio privado da família brasileira, no sentido de moralizá-la, levando-a aos padrões higiênicos e eugênicos desejáveis ao capitalismo industrial incipiente (Barbiani, Junges, Asquidamine & Sugizaki, 2014). Formas estáveis de relações acompanham a realização dos principais papéis sociais na família, na vizinhança, no grupo etário e sexual, no lugar ocupado na divisão do trabalho, e permitem a transmissão das aprendizagens e a reprodução da existência social (Castel, 1998/2010, p. 49).

O discurso sobre o aleitamento materno, em verdade absoluta, como deve ser seguido, permeia diversos campos que devem ser seguidos pela população, como veremos nas falas das mulheres desta pesquisa. Retornando à questão da nosopolítica, são os próprios sujeitos - no caso, a família e, mais especificamente, a gestante - que deverão aprender e executar os procedimentos adequados para atender o bebê. Sob essa perspectiva, o conhecimento e a verdade são questões históricas, são produções sistemáticas que se manifestam também por meio de discursos científicos tidos por verdadeiros, sendo, por isso, aceitos e tomados em toda a sua positividade (Azevedo, 2013).

O trabalho feminino e as transformações econômicas no Brasil do século XX foram discutidos por Maria Izilda Matos e Andrea Borelli (2012) ao pensar sobre o espaço feminino no mercado produtivo, na qual analisam a inserção da mulher nas demandas do mercado de trabalho, especialmente associado com as guerras mundiais, quando houve uma maior abertura de postos de trabalho na economia brasileira. Destacam-se ainda as várias ocupações produtivas das quais as mulheres retiravam seus sustentos e de suas famílias. As autoras traçam o contexto em que as mulheres assumiram espaços antes ocupados pelos homens, a exemplo do magistério e a formação no ensino superior, principalmente aquelas que possuíam condições de custear tal formação. No cenário brasileiro em transição dos séculos XIX e XX, emergem as condições sociopolíticas e culturais configuradoras do surgimento de políticas públicas que têm como foco a saúde e a educação, e de representações sobre o fazer e o pensar de seus agen-

tes, na perspectiva do que foi denominado como medicalização social (Barbiani et al., 2014).

Esses discursos articulam-se aos interesses econômicos do Estado e do mercado e a essa necessidade de a mulher cuidar dos filhos de acordo com o padrão esperado, argumentando basicamente que haveria uma forma “natural” e, por isso, mais adequada de alimentar a criança e de realizar os cuidados com ela, tendo por base as justificativas biológicas de que apenas a mulher é capaz de gestar e parir. Postula-se um processo de naturalização do corpo feminino como base de sua medicalização, o que possibilita a apreensão desse corpo com a finalidade de normalizar comportamentos sexuais e reprodutivos, deixando a reprodução de ser um assunto particular do indivíduo e passando a atrair o interesse coletivo como algo que deve ser controlado. Essas ideias despertam uma inquietação sobre como essas relações estão ligadas às formas de controlar a reprodução, o gestar e o processo de amamentar das mulheres.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído em junho de 2000 pelo Ministério da Saúde (Serruya, Lago & Cecatti, 2004), fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (Brasil, Ministério da saúde, Secretaria executiva, 2002). Observa-se a intensa preocupação com o nascimento de uma criança saudável, e a atenção está voltada, primordialmente, para o bebê. Esse pensamento a respeito do pré-natal certamente é herança da criação de políticas de saúde materno-infantil nas quais a priorização por parte do sistema é o útero gravídico, como discutem Elizabeth Eriko Ishida Nagahama e Silvia Maria Santiago (2005). É como se esse útero não estivesse articulado com o restante do corpo e, ainda, como se o sujeito fosse tomado apenas como um fenômeno biológico. A nosso ver, essa estratégia de tomar o corpo como fragmentado em partes não apenas é uma técnica nosopolítica, referente a um processo de medicalização do social, do qual fala Souza et al. (2011), mas também implica um postulado de gestão específica para determinadas parcelas da população, ou de governamentalidade, como nos diz o filósofo francês (Foucault, 2004/2008b). No caso da gestão das gestan-

tes, trata-se da especificidade de administrar um órgão do corpo que tem como seu correlato a própria gama de profissionais e suas respectivas formações como especialistas: o útero, a mama e os hormônios, em detrimento da mulher. Ainda, a gestação deixa de ser tomada enquanto situação especial e excepcional na vida da mulher, passando a ser cristalizada, como se toda a vida da mulher se reduzisse ao processo de gestação e aos cuidados do bebê. Nessa especialidade, cada vez mais minuciosa, a articulação da atenção - ainda que o SUS possa também abarcá-la em seu discurso - no cotidiano do atendimento perde-se diante do privilégio das partes do corpo e de circunstâncias de vida (Haberland, 2015).

Michel Foucault (1979) nos diz de um regime de verdade presente em todas as sociedades: discursos que funcionam como verdade, regras de enunciação da verdade, técnicas de obtenção da verdade, definição de um estatuto próprio daqueles que geram e definem a verdade. Portanto, tem-se uma ligação circular entre verdade e poder: poder que produz verdade e a sustenta, verdade que produz efeitos de poder - é impossível desvincular verdade e poder, nessa lógica. A verdade da mulher quando gestante, ao que nos parece no discurso produzido por muitas das políticas públicas que a tomam, é a sua redução à função de mãe e a fragmentação de seu corpo a partir de determinadas funções fisiológicas.

Como já mencionado, em função de uma nova preocupação com a saúde e a sobrevivência dos indivíduos, a família aparece, na sociedade moderna, como um agente fundamental de medicalização. Para Sandra Caponi (2000), sua importância e eficácia mostraram-se maiores que o novo modelo medicalizado de hospital na transposição de normas sanitárias do universo público ao privado, mas também na disseminação de novas normas de moralização de costumes e hábitos. Ao pensar nas políticas de saúde e social, comenta Donzelot (1980/2001), foi o direcionamento de sua atenção para os problemas da infância. A “infância perigosa”, a da delinquência, e a “infância em perigo”, aquela que não se beneficiou de todos os cuidados da criação e da educação almejadas, se tornam o alvo privilegiado deste tipo de atenção. Para conter os focos de desordem, de imoralidade e de in-

surreição, a reforma da sociedade deve começar pela base, pela vigilância da infância.

Para pensar essas ideias, Michel Foucault auxilia-nos a problematizar as práticas do nosso presente que decidem e veiculam efeitos de poder nos julgamentos, nas classificações e nas obrigações diárias que delineiam a maneira “certa” de viver e morrer. Foucault (1988) nos traz um exemplo prático dos motivos para se regular o sexo, pois foi com o surgimento da população como problema econômico e político que se fez necessário analisar a taxa de natalidade, a idade do casamento, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecundas ou estéreis e assim por diante (Foucault, 1988; 2004/2008a).

A partir da segunda metade do século XX, as sociedades ocidentais irão desenvolver dispositivos que lidam com as questões relacionadas à vida e à sua gestão. Entre os dispositivos aqui apresentados, encontra-se a implementação, paulatina e contínua, de inquéritos, levantamentos e/ou coletas de dados relacionados à gravidez, aos indivíduos e às populações (Schwengber, 2007). Foucault (2004/2008b) denuncia o poder médico-biológico e a medicalização da vida e da cultura, que, valendo-se do rótulo de cientificidade, se difundem pela mídia para seduzir o consumidor. Essa medicalização pode ser interpretada, à luz de Marilena Chauí (1986/1994), pelo corpo social como um poder hegemônico do médico e pelo entendimento de uma cultura de subordinação “interiorizada e imperceptível” nessa complexa relação médico-paciente.

As falas das gestantes e a condução da gestação

Nos fragmentos de falas a seguir, é possível perceber que o que leva as gestantes a aderirem ao Programa são as concepções e conceitos sobre o pré-natal reproduzidos por um discurso de medicalização do corpo. Sobre esse tipo de cuidado, Caponi (2000) refere que se gera um dever de reciprocidade no momento em que a população pobre aceita o cuidado e a proteção oferecidos pelo Estado por meio da saúde. Articulado à tecnologia disciplinar que estaria presente nessa proteção, segundo a mesma autora, desdobra-se um investimento na família moderna, que se-

ria um agente privilegiado de medicalização (Brenes, 1991).

O modelo de atenção à saúde que tem suas práticas determinadas por políticas centralistas, além de comprometer o desenvolvimento de muitas ações, tende a tomar o usuário apenas como um objeto de intervenção, oferecendo-lhe pouca (ou nenhuma) oportunidade de opinar sobre o cuidado que recebe e dificultando seu envolvimento, de modo responsável e participativo, com o destino de sua própria saúde (Moura, 2003). Ao considerarmos a recomendação do Ministério da Saúde, percebemos o destaque para o papel reprodutivo do corpo da mulher como fundamental, avaliando-se basicamente apenas funções reprodutivas e as relativas à amamentação. Como uma “fêmea mamífera”, em que o processo de gestação precisa ser o foco de todo atendimento, deixa-se de ver essa mulher como mulher, mãe, trabalhadora, etc.

“Pré-natal, pra mim, é tirar dúvidas sobre uma gravidez, pra gente saber como que está a saúde da pessoa e do bebê. Tem que fazer do começo até o final da gravidez, sem prejudicar nada, fazendo direitinho”. (Entrevista 1, entrevista pessoal, 14 de março de 2014)¹

“A gente tem que ir ao médico para ter os filhos saudáveis. No posto, tem programa para tudo, como vai evitar, como vai ter filho... É só a gente seguir direitinho, que dá tudo certo”. (Entrevista 2, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Ter filhos faz parte da mulher. Precisamos saber como cuidar dele desde que ele está na barriga”. (Entrevista 3, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

Segundo Fabiana de Amorim Marcello (2009), na medida em que agregam instâncias de saber e de poder, essas linhas são aquelas que mais nos dirão sobre a criação, a produção e a disposição estratégica de práticas discursivas no dispositivo da maternidade. Concordando com Foucault (1997/1999), afirmamos que esses regimes articulam o poder de nomear, de mostrar e de ser o lugar de sentido e de verdade.

O controle da reprodução, base da medicalização do corpo feminino, compreende uma forma de controle social, por meio do quais padrões de comportamento são predefinidos. A gravidez e a maternidade seriam algo inerente à natureza feminina, requerido para a

constituição da identidade feminina. Essa lógica da naturalização está presente em diversos grupos sociais e, no caso dos mais abastados economicamente, a maternidade pode ser programada e dotada de recursos tecnológicos específicos para esse fim (Costa, Stotz, Grynszpan & Borges de Souza, 2006).

O corpo, para Foucault (1979), é o local de incidência do poder, local onde as resistências acontecem, onde o desejo é subjugado, onde a vontade de poder se inscreve profundamente, como mencionado anteriormente. Em um jogo interativo entre duas instâncias normalizadoras - disciplina e biopolítica -, ocorre a regulação das massas populacionais e a disciplina do corpo, em sua unidade fisiológica. Por meio da unidade corporal, os “casos” expressos em relatórios e prontuários agenciam os meios para o exame das aptidões e reconhecimento de si na sociedade (Foucault, 1979).

Nas falas dessas mulheres, há questões que associam a gravidez a aspectos morais e religiosos, colocando a questão sexual quase como um ato abstrato ou proibido. Por outro lado, a sexualidade tornou-se uma das dúvidas mais frequentes no que se refere a questões que as mulheres gostariam de discutir nas oficinas. Nas falas, percebe-se que o desempenho da figura materna é bastante valorizado pelas entrevistadas. A maternidade mostra-se importante na constituição de certa identidade social da mulher, no cuidado com os filhos e com a casa e na família, mas também implica a invenção de uma subjetividade como cuidadora que, inclusive, se vê pelos filhos que elas têm, como se estes fossem bênçãos divinas. Um estudo realizado por Solange Maria Sobottka Rolim de Moura (2003) demonstrou que o apelo à religião surge como estratégia fundamental empregada pelas mulheres para encontrar amparo emocional diante das dificuldades da vida. Os valores religiosos, de origem predominantemente cristã, constituem-se também num importante elemento para a educação dos filhos. A articulação entre a pastoral cristã e a tecnologia disciplinar estaria presente, segundo Caponi (2000), em várias outras instituições, inclusive na família moderna, que seria um agente privilegiado de medicalização.

A maioria das mulheres participantes, ainda que apresente a questão da relação sexual na gravidez como importante para discutir, de-

¹ As entrevistas estão numeradas para que os entrevistados possam permanecer anônimos.

monstra inibição ao iniciar a conversa. Muitas gestantes parecem sentir culpa ao referir libido durante a gestação, preocupação com a saúde do feto devido às relações e até mesmo questões de cunho moral e religioso, em alguns casos chegando a pedir aprovação do profissional de saúde para a prática sexual. Outras ainda atrelam o ato sexual a uma função de suas atribuições de mulher casada para agradecer ao companheiro.

“Meu marido não procura, respeita essa fase de grávida”. (Entrevista 4, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Desde que não faz nada de mal para o bebê, não tem problema. A gente não pode esquecer que é mulher casada também, não é?” (Entrevista 5, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Meu médico disse que não tem problema. Aí, ficamos mais tranquilos, e me sinto bem quando faço sexo”. (Entrevista 6, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Aí, a gente falando dessas coisas ao invés de pensar no bebê, não é? Isso não é muito certo”. (Entrevista 7, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Desde que descobri que estava grávida, não me sentia bem para ter relação. Acho que é coisa da cabeça mesmo, porque mulher grávida pensando em sexo”. (Entrevista 8, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Quando a barriga ficou grande, ela ficava dura na hora. Tive medo, tomei coragem de perguntar... Aí, o médico disse que era normal, agora faço numa boa”. (Entrevista 9, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Eu até gosto, mas estando assim, me sinto feia para isso, gordona, mas mulher tem que cuidar do marido. Ele também entende que isso é da gravidez”. (Entrevista 10, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Meu marido quer não. Depois que a barriga cresceu, ele mesmo fala que é melhor respeitar essa fase”. (Entrevista 10, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Sei lá, criança é uma benção de Deus nas nossas vidas, e misturar com isso de sexo parece tão mundano, não sei, tenho certa resistência em fazer”. (Entrevista 7, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

Temos um quadro de diferentes visões: há mulheres que admitem sentir prazer e querer ter vida sexual ativa no período da gestação, causando espanto naquelas que não consideram isso adequado. O receio, contudo, em nossa análise, está muito mais atrelado a questões morais e religiosas do que realmente às questões físicas. A necessidade de aprovação do profissional também se apresenta, pois

as mulheres buscam que o profissional aprove a conduta para que possam realizar o ato sexual, mesmo sem restrições de gestação de risco.

Nesse sentido, desde a produção alimentícia até os cuidados médicos e sanitários - passando pela sexualidade -, o corpo é o objeto da preocupação social e da política em relação ao uso e controle das suas energias (Foucault, 2004/2008a). Isso supõe um sujeito culpado, pecador, que deve desconfiar de si mesmo e identificar os erros e desvios de caráter, sobretudo em seu comportamento sexual, tendo em vista a correção, ou seja, a adequação às normas instituídas e ao regime de verdade predominante (Souza et al., 2011).

Nas falas das gestantes, percebemos que as mulheres querem conseguir amamentar devido à repercussão social e à cobrança de ser uma boa mãe, pois seu sucesso ou fracasso como mãe está muito ligado a essa condição.

“Temos que saber, porque é muito importante para o neném crescer forte”. (Entrevista 11, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

Tenho medo de não conseguir, eu quero ser uma boa mãe”. (Entrevista 12, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

“Toda mãe tem que cuidar do filho, e, dando leite, ele vai ficar forte e saudável. Toda mulher precisa dar de mamar”. (Entrevista 5, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

“É bom a gente perguntar tudo, não é? Porque no hospital o médico cobra, a enfermeira cobra, depois os agentes comunitários vão em casa e cobram”.

A estratégia biopolítica aqui, mantida por meio da medicalização, surge nas práticas e nos discursos dos profissionais e das gestantes. A preocupação em exercer o cuidado conforme o esperado reflete a culpabilização da mulher. As que já passaram por dificuldades em gestações anteriores também se mostram amorosas e preocupadas, procurando ser o modelo de mãe descrito e prescrito anteriormente. O processo de naturalização empurra as mulheres para a maternidade como condição e identidade natural (Costa et al., 2006), o que nos leva novamente à questão da medicalização da família e das formas de discipliná-la.

“Quando decidi ter filho, já sabia que iria dar o peito. É natural, não é? Mas ninguém disse que tinha técnica para isso... Jeito certo de pôr o bebê e tudo”. (Entrevista 11, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

“Mas mulher é assim. Desde criança, a gente dá a mama para boneca”. (Entrevista 8, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

“Amo meu filho e farei tudo por ele. Dar peito é amar seu filho”. (Entrevista 3, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

“Faz parte da mãe dar a mama, cuidar direito do bebê, mas tem mulher que nem merecia ter filhos”. (Entrevista 13, entrevista pessoal, 14 de março de 2014).

“Quando fui para a maternidade, deixei a mulher do lado dar leite para ele, porque chorava muito. Aí, ele mamou e ficou quietinho, mas foi escondido porque, senão, eles iam brigar com a gente”. (Entrevista 2, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

Nas falas das mulheres, como veremos logo mais, há indicativos de mudança de postura em pouco espaço de tempo. Essas gestantes que possuem uma postura mais passiva, assistida pelos profissionais durante o pré-natal, logo após o parto, tornam-se cuidadoras delas e das crianças, sendo as responsáveis pelos cuidados e pela saúde de ambas.

“Tenho um pouco de medo, porque, quando ele nascer, eu é que vou ter de cuidar dele... E um bebê assim, tão pequeno, tenho medo de não conseguir”. (Entrevista 12, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

“O difícil é quando nasce, porque é cuidar dos pontos, de nós, dar mamar, cuidar do bebê, da casa, tudo junto. Ninguém mais te cuida, todos só falam no bebê”. (Entrevista 1, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

“Cuidar do umbigo, dar banho, dar mama, é bastante coisa... Precisamos aprender. Até agora, fizeram cuidar da gente... Agora é nossa vez”. (Entrevista 10, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

“A primeira vez em que tive filho, era nova, saí da sala de parto de paciente para mãe que cuida do filho. Aprendi muito com o pessoal do hospital e com a minha sogra, que ajudou nos primeiros dias”. (Entrevista 11, entrevista pessoal, 21 de março de 2014).

Ainda destacamos nas falas acima que a atenção social, antes voltada à gestante, dirige-se para a criança, que passa a ser o foco das atenções. As gestantes indicam essa postura em duas falas: a mãe corajosa que, mesmo com dificuldades de cuidar de um recém-nascido, o faz conforme o esperado e a mulher que está feliz com o nascimento da criança, mas que sente uma lacuna ao referir-se aos cuidados consigo mesma. Isso porque especialmente, a partir do momento em que ocorre o nascimento, inicia-se um novo discurso sobre alimentação e cuidados com a

criança. Uma medicalização da mulher está presente nas falas; as mulheres querem realizar o comportamento esperado de ser uma boa mãe, o que aponta para uma forma de controlar seu corpo e seu comportamento.

Os saberes e práticas sobre o aleitamento, como elementos culturais, surgem como que oriundos de sujeitos socialmente bem-sucedidos (como se apresentam as celebridades, conforme também notamos no discurso das gestantes), dotados de prestígio, conduzindo a conduta das demais categorias sociais. Assim, as condições sociais determinam também o comportamento reprodutivo, a condição social da mulher e o tipo de suporte familiar e social à amamentação e criação dos filhos. Além disso, esses processos estão relacionados com os valores sociais em relação à maternidade, à sexualidade e à organização da família - postulando, assim, um modo de regular e normatizar também a população (Foucault, 2004/2008a).

Em sintonia com as formas de ordenamento sugeridas pelos meios de comunicação social, seja pela mídia ou pela oralidade, o corpo aparece como superfície de inscrição da cultura e da natureza. Nessa perspectiva, Michel Foucault (2004/2008a) auxilia-nos a pensar nas práticas do nosso presente que decidem e veiculam efeitos de poder, nos julgamentos, nas classificações e nas obrigações diárias que delineiam a maneira certa de viver e morrer - e, neste caso, de gestar, amamentar, cuidar. Essas práticas atuam como estratégia de uma biopolítica e medicalização da família, tendo-se como tecnologia privilegiada a responsabilização mediante a naturalização da maternidade.

Reflexões finais

As ferramentas de controle do corpo, a influência da mídia, a visão social e a forma como enunciados, modelos e protocolos funcionam sobre as mulheres são evidenciadas nas falas das gestantes. As orientações e protocolos propostos no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) guiam a convicção de que é dever das unidades e dos profissionais receber com respeito a gestante e seus familiares e adotar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento desde a gestação até o nascimento, evitando, assim, práticas intervencionistas desnecessárias. Nas falas, percebe-

mos que a gestação é vivida de forma distinta e influenciada por diversos fatores que envolvem a mulher e sua família, o que é passível de gerar sentimentos diferentes em cada gestante; porém, sobre todas essas mulheres, há uma pressão social e um apelo por atender ao que tem sido propagado como “boa mãe”, reduzindo e reconduzindo a vida dessas pessoas ao que se atribui ao papel de mãe, ainda que isso acarrete certa anulação de outras questões de suas experiências.

Ainda nas falas dessas mulheres, percebemos como a biopolítica e a rede de saber e poder operam. Isto é, os dispositivos de controle organizam-se por meio dos protocolos, dos discursos e de todos os itens que constituem esse biopoder, neste caso, envolvendo a gestante e sua família na forma de gestar, parir, cuidar e alimentar a criança. Essa produção de uma verdade do que vem a ser a “boa mãe” implica um contínuo exercício de si e sobre si, no qual as mulheres em questão são conduzidas, compreendendo desde elementos que aparecem na mídia até as conduções pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, assim levando-as a desempenhar o cuidado materno, ainda que para isso suas vidas se reduzam a essa prática.

Durante a reflexão sobre as oficinas, foi possível perceber nas falas como se opera essa rede de saber e poder, reduzindo e compartimentando a vida para conseguir manejá-la, como é o caso de a mulher ver contemplada, quando gestante, sua função reprodutiva e materna. Vemos também que as gestantes procuram a assistência por vários motivos e que a relação social do processo de gestar influenciou diretamente na forma de condução da gestação, o que, de certa maneira, se reflete também na família e incide em um investimento na população em geral em larga escala.

Os discursos são aprendidos e reproduzidos pelos profissionais, no que envolve o pré-natal e o aleitamento, desde a sua abordagem biológica até as questões de saúde relacionadas à criança e à mãe. As formas de controlar, o comportamento aprendido, os saberes médicos e a redução da mortalidade materna e infantil estão nos protocolos e falas, interferindo diretamente no comportamento das mulheres e no modo como se comporta a família. Ações implementadas pelo Estado no intuito de “educar” e orientar o comporta-

mento no setor saúde, indo desde a formação dos profissionais de saúde até o planejamento do pré-natal, o aconselhamento em amamentação e os cuidados com o corpo da mãe e da criança, oferecem suporte e monitoramento, além de promoverem mudanças no comportamento por meio da informação.

A participação da mulher durante o pré-natal, sua adesão às orientações e a forma como ela vai exercer o cuidado envolvem um amplo conjunto de interesses e possibilidades sociais. Devido a isso, o investimento nas formas de controle e o gerenciamento do modo como a mulher irá gestar, parir, alimentar e cuidar da criança e da família tornam-se importantes. Porém, essa forma de exercer o poder sobre a vida não encontra sustentação apenas no discurso médico ou político, requerendo também a articulação de um conjunto de práticas discursivas ensinadas e reproduzidas por um complexo social - que envolve desde a mídia até os profissionais de saúde, passando pelos familiares da gestante -, o que irá interferir não apenas na forma de orientar, mas também na construção de uma forma de pensar, de sentir, de agir. Assim, percebe-se uma fusão entre diversos atores que operam como dispositivos de controle e dos saberes biomédicos na rotina dessas famílias para que as gestantes sejam conduzidas conforme o esperado, considerando o que é tido como uma norma da sociedade que configura o que é ser “boa mãe”.

Referências

- Ammann, Safira Bezerra (1980/2003). *Ideologia do desenvolvimento da comunidade no Brasil*. São Paulo: Editora Cortez.
- Azevedo, Sara Dionizia Rodrigues de (2013). Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. *Filogenese*, 6(2), 148-162. Recuperado de <http://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/saraazevedo.pdf>
- Barbiani, Rosangela; Junges, José Roque; Asquidamine, Fabiane & Sugizaki, Eduardo (2014). Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira, *Physis* 2(24), 567-587. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312014000200013>
- Brasil, Ministério da saúde, Secretaria executiva (2002). *Programa Nacional de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humani-

- zação (2004). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2013). *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica* (2. ed. - 2. reimpr.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brenes, Anayansi (1991). História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2), 135-149. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1991000200002>
- Caponi, Sandra (2000). *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Castel, Robert (1998/2010). *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes.
- Chauí, Marilena (1986/1994). *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil* (6ª ed.). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Costa, Jurandir Freire (2004). *Ordem médica e a norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Costa, Tonia; Stotz, Eduardo Navarro; Grynszpan, Danielle & Borges de Souza, Maria do Carmo (2006). Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 10(20), 363-80. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832006000200007>
- Del Priore, Maria. (1997/2006). *Histórias das mulheres no Brasil* (8ª ed.). São Paulo: Contexto.
- Donzelot, Jaques (1980/2001). *A polícia das famílias* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, Michel (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel (1988). *História da Sexualidade I: Vontade de Saber Fazer*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel (1997/1999). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* (Tradução de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, Michel (2004/2008a). *Segurança, território e população: curso no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, Michel (2004/2008b). *O Nascimento Da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Haberland, Debora Fernanda (2015). *A fantástica fábrica de leite” e o discurso de apoio ao aleitamento materno: Problematizações sobre o gestar*. Dissertação de Mestrado inédita. Universidade Católica Dom Bosco.
- Lemos, Flávia Cristina Silveira; Nobre, Diana da Silva; Bengio, Fernanda Cristine dos Santos; Paulo, Francidalva Costa & Ferreira, Fábio Brito (2010). Práticas de governo da família pelo UNICEF no Brasil. *Mnemosine*, 1(6), 57-70.
- Marcello, Fabiana de Amorim (2009). Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: o conceito de dispositivo em questão. *Currículo sem Fronteiras*, 9(2), 226-241.
- Matos, Maria Izilda & Borelli, Andrea (2012). Espaço feminino no mercado produtivo. In Carla B. Pinsky & Joana M. Pedro (Orgs.), *Nova História das Mulheres no Brasil* (pp. 126-147). São Paulo: Editora Contexto.
- Medeiros, Patrícia Flores de (2008). Políticas da vida: entre saúde e mulher. 112f. Tese de Doutorado inédita, Pontifícia Universidad Católica de Río Grande del Sur.
- Mori, Maria Elizabeth; Coelho, Vera Lúcia Decnop & Estrella, Renata da Costa Netto (2006). Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 22(9), 1825-33. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000900013>
- Moura, Solange Maria Sobottka Rolim de (2003). *Maternidade e práticas de saúde: o instituído e o possível*. 203f. Dissertação de Mestrado inédita, Universidad Estatal Paulista.
- Nagahama, Elizabeth Eriko Ishida & Santiago, Silvia Maria (2005). Institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 651-657. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000300021>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1999). *Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra: Editora da OMS.
- Ramirez Galvez, Martha (2009). Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. *Cadernos Pagu*, 33, 83-115. <https://doi.org/10.1590/s0104-83332009000200004>
- Schwengber, Maria Simone Vione (2007). Distinções e articulações entre corpos femininos e corpos grávidos na PAIS & FILHOS. *História: Questões & Debates*, 47, 123-138. <https://doi.org/10.5380/his.v47i0.12113>
- Serruya, Suzanne Jacob, Lago; Tânia de Giacomo & Cecatti, José Guilherme (2004). Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Gi-*

necologia e Obstetricia, 26(7), 517-525.
<https://doi.org/10.1590/s0100-72032004000700003>

Souza, Luís Antônio Francisco de; Sabatine, Thiago
Teixeira & Magalhães, Bóris Ribeiro de (2011).

Michel Foucault: Sexualidade, corpo e direito.
São Paulo: Cultura acadêmica. Recuperado de
https://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/foucault_book.pdf



DEBORA FERNANDA HABERLAND

Mestre em Psicologia e graduada em Enfermagem pela Universidade Católica Dom Bosco - UCDB. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela Universidade da Grande Dourados UNIGRAN e em Cuidado Pré Natal pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

ANDREA CRISTINA COELHO SCISLESKI

Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Docente e pesquisadora no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco.

DIRECCIÓN DE CONTACTO

deborahaber@hotmail.com

FORMATO DE CITACIÓN

Haberland, Debora Fernanda & Scisleski, Andrea Cristina Coelho (2017). Gestão de famílias: a mãe como foco da medicalização durante a gestação e o nascimento. *Quaderns de Psicologia*, 19(2), 179-190. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1406>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 27/03/2017
Aceptado: 19/06/2017