

Parto Humanizado em tempo de maternidade naturalista



Figura 5: Ilustração do manuscrito iraquiano de Makomad, de HaiririMeschki (1.237) mostrando o parto de cócoras com o auxílio de parteiras, com o marido também sendo "auxiliado".

3.1

Família em foco: repensando suas modelizações subjetivas em curso

Muito possivelmente, o maior de todos os desafios para nós, humanos, seja o de desnaturalizar o mundo que nos cerca. Afinal, a história, vista à maneira de sucessão de fatos, pressupõe um início verdadeiro, linear, contínuo, que oculta as rupturas. Mas são exatamente essas rupturas que nos convidam a pensar a constituição dos saberes e das práticas sem buscar revelações de verdade e cientificidade, recusando qualquer transcendência. A história é, nesse caso, a da desconstrução das certezas e verdades cristalizadas.

Desnaturalizando o mundo, podemos tentar ver historicamente como se produziam determinados efeitos de verdade nos discursos e nas práticas, que não são, em si, nem verdadeiros nem falsos, mas que produzem realidades. Assim, podemos compreender o indivíduo como uma invenção cultural, constituído numa trama histórica.

No que diz respeito ao discurso em torno da procriação e da sexualidade, podemos compreender com mais clareza os caminhos que nos levaram a ele,

quando consideramos a história com suas rupturas, suas rachaduras. Nesse sentido, percorreremos a história a contrapelo, como propõe Benjamin (1985), a fim de nos arriscarmos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente.

Quando desestabilizamos uma realidade que se apresenta como um campo de forças em aparente estabilidade, como o saber tecnocientífico por exemplo, o que vemos emergir são processos de produção, que quando revelados desnaturalizam sua realidade e suas dicotomias constitutivas.

Numa sociedade dominada pelo conhecimento científico, cujo o único modo de se conhecer e explicar a realidade é por meio da ciência, podemos produzir fraturas naquilo que está cimentado, decompondo o que se apresenta como totalidade excludente. Isso significa que não precisamos ficar aprisionados num único dizer legítimo, mas podemos deixar vazar a polifonia que habita as multiplicidades.

Contudo, se por um lado produzimos novos saberes e novas tecnologias que ampliam e aprofundam os poderes na sociedade em que vivemos, por outro, tornamo-nos sujeitos mais conscientes dessas forças e resistimos às múltiplas formas de dominação. Esse jogo de forças, no qual estamos todos envolvidos, nos convoca a construir uma nova sociedade, na qual saberes e poderes estejam a serviço do “cuidado de si”, do “cuidado dos outros” e do “cuidado da vida”. Sobre isso, Foucault é bastante pontual em afirmar que se trata de

...práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo. Essas “artes da existência”, essas “técnicas de si”, perderam, sem dúvida, uma certa parte de sua importância e de sua autonomia quando, com o cristianismo, foram integradas no exercício de um poder pastoral e, mais tarde, em práticas de tipo educativo, médico ou psicológico (1998, p.15).

Sabemos que as tradições cristãs e greco-romanas possuíam distintas formas de cuidado, tornando possível distintas formas de se pensar o “eu”. A princípio, para os gregos, o cuidado de si estava atrelado a uma perspectiva de governo dos outros ou governo da cidade. Mas foi nos séculos II e I a.C. que a técnica de si passou a ganhar relevância e o cuidado de si tornou-se uma

obrigação de todos, um princípio universal, deixando de ser, exclusivamente, uma preparação para a vida política, como ocorre na Grécia Antiga (Menezes, 2004).

Nesse período de transição, convertemos a perspectiva pedagógica, da preparação para a vida adulta, para a vida política, em cuidado médico. A cultura cristã, ao contrário, produziu uma ética do cuidado de si, diferenciada da ética do cuidado de si pagã, ao renunciar ao si, à sua vontade, colocando-se inteiramente à disposição de Deus.

Portanto, a dimensão ética foi atravessada por pressupostos religiosos, instituindo uma analogia entre transformação do eu, decifração da verdade acerca de si, e salvação. Dessa forma, produziram-se modos de existencialização através dos quais o sujeito fala de si, diz de si, valorizando assim a interiorização.

Os efeitos desse tempo têm como forma/fôrma a individualização, que é até hoje um modo dominante de constituição dos indivíduos, expostos a uma visibilidade que os fazem “fiscais de si mesmos”. Nesse sentido, segundo Guattari e Rolnik (2005), os indivíduos são reduzidos a nada mais do que engrenagens concentradas sobre o valor de seus atos, respondendo ao mercado capitalista e a seus equivalentes gerais.

Em fins do século XVIII, com a tradição iluminista e romântica, com o ocaso da nobreza e ascensão da burguesia, os valores mudam, fazendo com que cada vez mais se difundam ideias de que cada um valia por seus méritos, pelo seu esforço pessoal.

Nesse mesmo período, se desenvolveu uma medicina privada, “liberal”, submetida aos mecanismos de iniciativa individual e às leis do mercado” (Foucault, 1979). Concomitantemente, organiza-se uma política de saúde considerando as doenças como problema político e econômico. A medicina-serviço, estrategicamente dirigida aos doentes pobres, passou a se voltar para o estabelecimento de condições que garantissem o bem-estar físico da população, sendo alvos privilegiados a infância e a família. Dessa forma, a medicina garantiu sua importância e poder, acentuados a partir do século XVIII.

No Brasil, a medicina, ao se impor como técnica de regulação do contato entre indivíduos e família, cidade e Estado, tem na residência colonial um dos maiores aliados. Do ponto de vista da higiene, a habitação antiga presta-se a todo tipo de crítica. A racionalidade que inspira essa crítica é de uma ordem científica superior à que comanda a organização da habitação pré-higiênica. Seus autores

podem derrubar as noções acadêmicas da medicina do século XVIII com argumentos bem fundamentados em novos conceitos científicos. Entretanto, esse mesmo saber, visto de um outro prisma, revela suas ligações com o poder, ao transformar uns e outros conceitos em táticas de intervenção análogas às da militarização.

A partir desse encontro entre o poder e o saber é que se permitiu a ação normativa da medicina nos lares da sociedade colonial brasileira. Dessa forma, produziram-se leis e normas para regular a sociedade ocidental, sendo a ordem da lei repressiva e coercitiva, enquanto a norma tem seu fundamentos historico-políticos nos Estados modernos dos séculos XVIII e XIX, e sua compreensão teórica explicitada pela noção de “dispositivo”³ (Foucault, 1979).

Vale lembrar que o Estado moderno procurou implantar seus interesses servindo-se, predominantemente, dos equipamentos de normalização, sempre inventados para solucionar urgências políticas. Donzelot (1986) nos mostra como estes mecanismos são acionados e intervêm no social, sendo a família o alvo principal do Estado. Esse controle familiar busca disciplinar a prática anárquica da concepção e dos cuidados físicos com os filhos, além de, no caso dos pobres, prevenir as perigosas consequências políticas da pobreza. Para tanto, em nome dos direitos humanos, e em defesa própria, o Estado cria estratégias de intervenções normativas, preservando a saúde física e moral da célula familiar.

Dessa maneira, ao mediar o que se faz, se pensa ou se possa vir a fazer ou pensar, infantiliza-se a população. Esse controle social gerado pelas práticas normatizadoras pretende organizar a produção e a vida social. Assim, há uma modelização de ações, condutas, fazendo-nos acreditar que esta é “a” ordem do mundo, que não pode ser tocada sem que se comprometa a própria idéia de vida social organizada (Guattari e Rolnik, 2005).

Num momento de desenvolvimento urbano e criação do Estado nacional, coube à ordem médica a normalização da família brasileira. Dessa forma, construindo paulatinamente uma nova moral da vida e do corpo, a medicina contorna as vicissitudes da lei, classificando as condutas lesa-Estado como antinaturais e anormais. Com isso, o universo familiar fica submetido à ordem

³“Os dispositivos são formados pelos conjuntos de práticas discursivas e não discursivas que agem, à margem da lei, contra ou a favor delas, mas de qualquer modo empregando uma tecnologia de sujeição própria”(Costa, 1979, p. 50).

urbana, ao fazê-la acreditar que a saúde e a prosperidade dependiam de sua sujeição ao Estado.

Para isso, entre outras estratégias, a lógica higiênica lança mão da “medicina moral”, ao adequar o amor à manipulação médico-estatal. Definindo o amor como paixão e a alma como sua “sede”, pretende-se reduzi-lo a um fenômeno manejável pelas técnicas médicas. Mediante essa manobra, a higiene funda novas técnicas de intervenção na vida privada da família. Uma delas foi reconhecer a falta e a culpa familiar como irresponsabilidade e ignorância, sendo essa considerada infração familiar, apesar de poder ser sanada com a correção. Dessa forma, sorrateiramente, a higiene remaneja as relações de poder dentro da família, sem ser vista como intrusa.

Quando a medicina higiênica foi se ocupando da mãe devotada e da criança bem-amada, o papel cultural de mãe foi ganhando destaque no âmbito social. A higiene passa a solicitar insistentemente à mulher que, de reprodutora dos bens do marido, passe a criadora de riquezas nacionais:

Quanto não sois responsável, ò mães, perante a natureza e a sociedade, vós que podeis transmitir com vosso leite nobres e excelentes virtudes e dar à sociedade homens fortes, capazes de suportar todos os trabalhos! Lembrai-vos que nosso futuro, costumes, paixões, gostos prazeres, e até nossa felicidade dependem de vós; corriji este abuso, e os homens tornar-se-ão verdadeiros filhos, maridos e pais; isto feito, uma reforma geral sucederá na sociedade, a natureza reconquistará seus direitos (Meirelles apud Costa, 1979, p. 73).

Tanto na casa da classe mais favorecida, como na pobre, era possível observar a mulher cuidando de seus filhos e vivendo o dia-a-dia na zona de serviço, diferentemente do homem, que aproveitava grande parte de seu tempo ocioso na rua. Com isso, constamos, em primeiro lugar, a divisão social dos sexos. Mas percebemos também que, em consequência do sentimento de privacidade, quando pais e filhos começam a valorizar o convívio íntimo e exclusivo entre eles, a mulher brasileira da época se isola do mundo.

Até meados do século XIX a dama brasileira pouco saía de casa; os vendedores batiam à sua porta. Dessa forma, reforça-se o isolamento da mulher no interior do lar, cuidadosamente regulado pela técnica higiênica, que objetiva proteger as mulheres e as crianças dos locais úmidos, escuros, mal ventilados, que

também prejudicam a mulher grávida, assim como o feto. Como orienta o médico Joaquim Pedro de Mello, em sua tese na faculdade de medicina, em 1846,

Desde Hipócrates que se reconhece a influência nociva que o ar exerce sobre o organismo da mulher pejada, e quem atenda para a exagerada sensibilidade, que ela adquire durante a prenhez, não pode deixar de acompanhar a opinião do venerável velho de Cós, e de bradar contra o perigoso uso, que seguem algumas pessoas, particularmente das classes abastadas da sociedade, de se encerrarem em seus quartos, ou salas, e passarem quase todo o tempo mergulhadas em uma temperatura muito elevada...O ar impuro e muito dilatado, e a inação, em que ficam, as lançam num completo abatimento e languidez, e as arriscam, quando se afastam desse estado, aos graves incômodos que provêm da mudança súbita de temperatura. O calor, o frio e a umidade, quando levados a excesso, não podem deixar de perturbar as funções do feto, de debilitarem-no, e mesmo de matarem-no, e por isso deve-se ter todo o cuidado de evitarem-se mudanças rápidas da atmosfera e a ação dos ventos. Daqui se infere o quanto será útil que fujam dos passeios em tempos chuvoso e úmido e que se esforcem por habitar sempre um lugar onde se possa renovar o ar para moderar-se a elevação da temperatura” (Mello apud Costa, 1979, p. 117).

Para aquelas mulheres que amamentam, os higienistas recomendam exercícios como meio de evitar a perda das qualidades nutritivas e da quantidade do leite. Em contradição ao sedentarismo imposto pela sociedade colonial da época, as orientações do movimento higienista implicam um remanejamento do papel da mulher na família.

Tudo o que se referia às crianças e à família tornar-se um assunto sério e digno de atenção. Não apenas o futuro da criança, mas também sua simples presença e existência eram dignas de preocupação – a criança havia assumido um lugar central dentro da família (Costa, 1979, p. 164).

Com a penetração do capitalismo industrial europeu no Brasil dinamiza-se a vida social e a vida privada. Progressivamente, a cidade domina a família. A mulher isolada tem que aprender a receber visitas, estar presente à mesa e às reuniões.

A ordem que se estabelece fundamenta todo um padrão de comportamento segundo os ideais de beleza, pureza, limpeza configurados pela disciplina. Por certo, foi-se se formando, com isso, um sistema interpretativo que foi e é fornecedor de sentidos para a experiência social e para o estabelecimento das redes de sociabilidades.

Essas ideias de moral são produtoras de realidade psicossocial ou sentidos de produção da vida psicossocial que agenciam, em seu percurso, maiores ou

menores espaços. Esses movimentos psicossociais podem produzir desde a manutenção de um estado de coisas até a recriação da subjetividade.

3.2

O mito da boa mãe: permanências e rupturas do século XVIII até os dias atuais



Figura 6: Deusa da Fertilidade (6.500-5.700 ac) no ato de parir.
Turquia central. Museu arqueológico de Ankara

Sabemos que há tempo a pureza como paradigma norteador religioso interfere na construção de identidades sociais. A Igreja, com o intuito de pacificar e domesticar a mulher, semeia um arquétipo ideal para as mães, o de que boa mãe cuida bem de seus filhos (Del Priore, 1993, p. 54). Dessa forma, não deveria coexistir filhos bastardos e legítimos.

O casamento cristão dá aos filhos e à esposa a legitimação, mesmo dos concebidos antes do casamento. Inclusive, o sacramento proporciona à mulher e à prole a obrigação da coabitação e a indissolubilidade, o que representa para a mulher estabilidade numa época em que, muitas vezes, elas são abandonadas à própria sorte.

É verdade que são os filhos que validam o papel social da mulher enquanto mãe, reforçando-lhe o poder no interior desse espaço que é exclusivamente seu, o doméstico. Sendo a mãe a responsável pela transmissão de normas e valores ancestrais, torna-se alvo dos interesses da Igreja. Para isso, a Igreja, com a ajuda

dos higienistas, aos poucos inculca na sociedade o modelo da boa e santa mãe que valoriza a estabilidade conjugal. Nesse modelo, está incutido o desejo de maquinar a vida da mulher-mãe, ao definir “a verdade” que determina o que seja uma boa mãe. A historiadora Mary Del Priore nos diz que

O adestramento de mulheres no interior do casamento fazia-se não apenas pela pregação sistemática em favor do matrimônio e contra os “ilícitos tratos”, mas também pela exigência de uma certa compostura, de uma atitude que tinha de vigorar no mais da vida social (1993, p. 111).

Asseguramos, ao controlar os corpos, uma imagem diferenciada da mulher normalizada da outra, luxuriosa, tentadora e perigosa, destinando à primeira a casa para governar, o marido para fazer feliz e os filhos para educar na virtude. Assim, o projeto higienista ajuda a reorganizar a família em torno da conservação e da educação das crianças, tal como deseja o Estado português e europeu no século XIX. Apesar da criança, à época, ser desprezada tanto pelo pai-proprietário, que a considera acessório supérfluo por ainda não poder assumir os negócios da família, quanto pelos jesuítas, que percebe a impossibilidade da criança de responsabilizar-se diante de Deus, ela ainda assim é um “personagem familiar sonhado pela higiene”, por ser facilmente domesticado pelos bons hábitos empregados em sua educação. Dessa forma, se garantiria a criação de um adulto adequado à ordem médica (Costa, 1979, p. 175).

A Igreja também aproveita o papel do homem no interior do matrimônio para aguçá-lo sobre as mulheres, e sugere que “deve o marido como cabeça que é da mulher, cuidar que esta cumpra os encargos da profissão cristã; que guarde promessa feita a Deus no batismo, de renunciar às pompas” (Del Priore, 1993, p. 113)

Sabemos que desde a Idade Média a Igreja manifesta total desagrado com relação à mulher, diabolizando-a. Como mal encarnado, ela ameaça os homens e o projeto normalizador da Igreja e do Estado moderno. Discursos como o do padre Antônio da Silva, em 1763, resgatadas por Mary Del Priore, retratam o clima de hostilidade e culpabilização das mulheres:

É tão forçoso pelas traças da mulher o engano, que até o Demônio se vale delas para o que quer fazer; não é mais sábio para maquinar intenções do que a mulher advertida para fungir indústrias; o que não confia de si, só fia da mulher o

Demônio, tudo isto é verdade que no paraíso sucedeu e ainda hoje no mundo se lamenta (Antônio da Silva apud Del Priore, 1993, p. 114).

Mas nem sempre foi assim. Nas culturas ditas primitivas a mulher possui o “poder biológico”, sendo por isso muitas vezes invejada pelos homens por poder dar a vida e, portanto, “ajudar a fertilidade da terra e dos animais” (Muraro, 2007, p.5). Considerada sagrada, a mulher descobre os ciclos da natureza, comparando-os com o ciclo do próprio corpo. No entanto, a partir da invenção do arado e, portanto, com a permanência de grupamentos humanos numa única região, o poder feminino foi diminuindo e o homem passou a tomar a frente, sendo portador de valores e da sua transmissão.

Nesse cenário, os filhos são bem vindos por serem futuros soldados da terra e contribuir para o aumento da renda familiar, e a mulher ficou reduzida ao âmbito do lar. Aprisionada, a mulher tinha a sua sexualidade rigidamente controlada pelos homens. Era exigência num casamento monogâmico que a mulher saísse virgem das mãos do pai para as mãos do marido. Como sabemos, a história nos remete, entre outras coisas, ao controle social em relação à mulher que, no século XIX, foi delegado aos higienistas por meio da norma, que tem seu fundamento histórico-político nos Estados modernos dos séculos XVIII e XIX.

Os dispositivos da norma, diferentemente da ordem da lei predominantemente coercitiva, são formados pelos conjuntos de práticas discursivas e não discursivas que empregavam um modo particular de tecnologia de sujeição. A partir dos saberes já instituídos, e articulados de acordo com as táticas e os objetivos do poder, se domina a família. A mulher, como aliada principal nesse mecanismo de regulação contínua, que “estimula, incentiva, diversifica, extrai, majora ou exalta comportamentos e sentimentos até então inexistentes ou imperceptíveis” (Costa, 1979: 50), auxiliou na modificação do comportamento familiar.

A invisibilidade do papel da mulher outrora dava lugar a sua aparição estratégica pelas mãos dos médicos, que regiam a formação das cidades de acordo com ideal individualista europeu da época. Para isso, eles têm que separar os escravos de seus senhores, a fim de desestimular a solidariedade que reina entre eles. Essa solidariedade dificulta a manifestação das motivações e vontades individuais, prejudicando o convívio familiar íntimo e amoroso. Foi necessário os

médicos higienistas intervirem quando constante e numerosa a presença de escravos na casa, especialmente nos cuidados das crianças.

Aos poucos, influenciado pela higiene, é criado um tipo de preconceito racial por parte das famílias abastadas, que não suportam mais o contato próximo com negros e mestiços. À medida que vão europeizando suas casas, os senhores vão dispensando seus negros e contratando governantas estrangeiras para educarem seus filhos. Esse feito gera no interior da família um tipo de “intimismo”, propiciando o fortalecimento das ligações entre os membros do grupo de parentesco.

Esse dispositivo de controle, de certa forma, estende-se ao campo da amamentação, quando escravas, separadas à força de seus filhos recém-nascidos, são alugadas no período puerperal para alimentar os filhos dos senhores porque as mães recusam-se a amamentá-los. No entanto, essas escravas são consideradas péssimas amas de leite pelos abalos morais que sofrem, e seu leite é considerado, pelos médicos, estragado. Diante desse tratamento, essas escravas acabam por tratar as crianças com má-vontade, preguiça e crueldade.

A vida da criança bem-nascida em detrimento da morte da criança pobre repercute muito mal para os higienistas da época, o que culmina na proposta de reformulação da conduta feminina com relação aos filhos. Nesse sentido, é movido o processo contra a “falta de educação física, moral e intelectual das mães” da elite (Costa, 1979, p.169). Na verdade, a mulher não imagina a importância que tem na proteção às crianças. Mesmo depois que a urbanização se acelera e a mulher passa do enclausuramento doméstico à sociabilidade mundana, a prole ainda permanece à margem, principalmente pelo fato da mulher consumir seu tempo e energia se dedicando à moda e às obrigações sociais.

Nesse momento, os higienistas intervêm dando ao pai a responsabilidade pela proteção material do filho e à mulher um papel autônomo no interior da casa, o de iniciadora da educação infantil. Assim, os filhos devem ser criados para amar e servir à “humanidade” e não para amar e servir à família” (Costa, 1979, p.170), como propunha a família colonial. Essa é, desde o início, a proposta do movimento higienista, “produzir uma norma familiar capaz de formar cidadãos individualizados e colocados à disposição da cidade, do Estado, da pátria” (1979, p.48).

Dessa forma, no século XIX, foi se criando também a ideia do meio familiar como nocivo. Portanto, cabia aos médicos a apropriação da infância por meio do estabelecimento de regras de como bem criar os pequenos e, portanto, preservar a vida.

Nesse contexto, os modos de existencialização propagados pelos higienistas têm como consequência a união conjugal calcada na força moral do parceiro e no amor. A mulher, por sua vez, naturalmente dedica-se à família e à maternidade. Sua vocação era percebida por todos desde pequena.

Com efeito, desde sua infância a mulher começa a manifestar os doces sentimentos que a devem sucessivamente tornar amante, esposa e mãe. (...) Mais fraca a todos os respeitos (que o homem) é a mais própria a prodigalizar à família os cuidados que ela reclama de sua ternura e do seu afeto. A mole infância teria de sofrer muitas vezes se houvesse de esperar socorros tardios da fria razão; a voz imperiosa do sentimento induz a mulher a prestar-lhe amparo mais à sua fragilidade; este mesmo sentimento faz com que ela suporte com ânimo alegre os maiores sacrifícios em favor do seu filho, com consciência muitas vezes de não receber dele o menor sinal de gratidão (Costa, 1979, p.239).

É criada uma identificação entre masculinidade e paternidade, e feminilidade e maternidade como padrão regulador da existência social e emocional de homens e mulheres. O casamento como instituição higiênica permite a construção de modelos de pai e de mãe ideais. À mulher, reduzida à figura de mãe-higiênica, resta a responsabilidade para com os filhos.

Se por um lado a higiene liberta a mulher do confinamento da casa, por outro a reintroduz à família, estando naquele momento devidamente convertida ao amor filial e ao consumo de serviços médicos. É assim que os higienistas podem intervir quanto à mortalidade infantil devido à amamentação ainda ser responsabilidade das escravas. Para isso, os médicos apressam-se em introduzir novos preceitos para a mulher da elite, tendo em vista a sua vocação “natural”, a de ser mãe.

Agora, a maternidade torna-se um papel gratificante para a mulher por estar impregnado de ideal, traçado cuidadosamente pelos higienistas. Entretanto, como conta Bandinter (1985), numerosas mães de classes abastadas não se sentem inclinadas a assumir realmente o encargo dos filhos, nem têm força ou desejo de amamentá-los. De fato, alguns médicos reconhecem que boa parte das crianças entregues a amas não vêm das famílias pobres ou daquelas cujas mães são

fisicamente incapazes de amamentar. No entanto, tentam orientar nas escolhas das amas.

Às que não podiam amamentar sem comprometer a saúde, Brochard (médico) recomenda, se tiverem meios, que contratem uma ama-de-leite a domicílio, fiscalizando porém pessoalmente todos os outros cuidados a serem proporcionados ao bebê (1985, p.229).

Paulatinamente, o poder dos médicos sobre as famílias vai se disseminando por toda a estrutura social da época produzindo, com isso, o acúmulo e transmissão do saber. Sob esse aspecto, a imaginação higiênica é, sem dúvida, eficaz. Da comparação entre a mulher e as fêmeas animais são extraídas numerosas lições de moral materna:

Não, diz Virey, nunca as baleias, as leoas, as panteras, recusaram as mamas a seus filhos; isto estava reservado à mulher, não para a pobre e desculpável pela sua miséria, porque esta não é tão desnaturada; mas para a rica, rodeada de todos os favores, de todos os bens da fortuna: morra seu filho, embora; mas desfrute ela todos os prazeres. Quando menos nos animais, até no mais ínfimo, esse exemplo, quando vemos que eles para proteger seus filhos se expõem a todos os perigos; se arremessam ao audaz caçador que em seu covil os acomete; e que derramam até a última gota de seu sangue sem os abandonar; contrista-nos o coração ver que só a mulher, dotada de uma razão tão esclarecida, de tanta sensibilidade e ternura, é o único ser que abusa da sua liberdade, do seu entendimento, e que não cora de pejo quando vê que os animais guiados somente pelo instinto lhes ensinam seu dever!(...) Longe de cumprir o primeiro dever materno e de gravar esse edificante exemplo no coração de suas filhas, elas imprimem o egoísmo, ensinando-lhes, desde o berço, a negar um dia os peitos a seus filhos (Costa, 1979, p. 257).

Entretanto, como pontua Badinter (1985), a mãe só se concebe em relação ao pai e ao filho, por ser uma personagem relativa. Mas também, ressalta a autora, ela é tridimensional porque, além dessa dupla relação, a mãe é também mulher. Sendo assim, os papéis são transformáveis, sobretudo ao considerarmos as necessidades e os valores dominantes de cada sociedade e de cada época.

Para Forna (1999), enquanto o mundo se transforma, a mulher continua a ter que ser, no mínimo, a mãe perfeita. Badinter (2010) faz coro com Forna quando o assunto é maternidade. Para ambas, a maternidade como instituição finca raízes no passado, desconsiderando as novas conjunturas sociais, econômicas e de estilo de vida que fazem parte do cotidiano do casamento e da maternidade.

Por certo, a mulher e o homem em diferentes níveis socioculturais, segundo Rocha-Coutinho (2005), ainda acreditam que os cuidados com a casa e os filhos são de responsabilidade da mulher, enquanto o provimento financeiro da família é dos homens. Sendo assim, a autora aponta que a maternidade para a mulher contemporânea é uma das questões mais complexas, problemáticas e conflitantes. Decerto, a figura da mãe ainda é reconhecida como a mais adequada para cuidar dos filhos. Inclusive, costumeiramente, identifica-se a maternidade e feminilidade na mulher-mãe, como se ela não pudesse ter outros interesses. Para Rocha-Coutinho,

a despeito de todas as mudanças ocorridas nas últimas décadas, parece que nossas crenças ainda estão muito ligadas à idéia de que a unidade mãe-filho é básica, universal e psicologicamente mais apropriada tanto para o desenvolvimento sadio da criança quanto para a completude da mãe” (2005, p. 125).

Embora se exija da mulher um ótimo desempenho no seu papel de mãe, espera-se dela também executar seu trabalho profissional tão bem quanto os homens. Contudo, esclarece a autora, existe um ônus maior para a mulher quando o assunto é a maternidade, por ainda permanecer forte a concepção de que “mãe é mãe”. Essa antiga ideia é atualizada pela concepção de “natureza” feminina, defendida pelo movimento do parto humanizado. Impregnado de elementos do ideário feminista e do ecologista, o movimento sustenta a ideia da importância do protagonismo da mulher na hora do parto, justificado pela sua “natureza” favorável ao parto natural. Nessa concepção, há uma representação do corpo feminino como corpo destinado à maternidade. Sendo assim, o nascimento de um filho significa um resgate dessa “natureza” perdida. Dar à luz de forma natural significa desinvestir dos ditames da cultura ocidental, medicalizada, patriarcal.

3.3

Parto Humanizado: o mal-estar na “natureza”



Figura 7: Desenho de 1930 ilustrando técnicas primitivas de parto onde mulher japonesa recebe massagem abdominal

Desde o início dos tempos, as mulheres vivenciam a experiência do parto, sendo esse um evento biológico universal previsto nas informações genéticas trazidas pelo indivíduo. Entretanto, não se trata somente de um ato fisiológico. Afinal, as práticas e os costumes que envolvem o nascimento e o parto têm variado ao longo do tempo e nas diferentes culturas. Nesse sentido, como pontua o historiador Jacques Gélis (apud Mott, 2002, p. 399), o nascimento “testemunha por uma sociedade, naquilo que ela tem de melhor e de pior” por refletir os seus valores sociais, as atitudes e crenças prevalentes, em uma dada época.

A parturição é, até o século XIX, predominantemente “um assunto de mulheres” pois, através do intercâmbio de experiências vivenciadas e passadas de mãe para filha, ou através de parteiras, que se constrói, oralmente, todo o conhecimento do processo de nascer. Essa tradição oral⁴ reforça, com isso, os laços socioculturais e os sentimentos de pertencimento a um dado grupo (Pollak, 1989). Para Halbwachs (1990), esse movimento acentua as funções positivas desempenhadas pela memória comum, por propiciar a adesão afetiva ao grupo. Sendo assim, o conhecimento de partear, calcado nos rituais e na tradição, testemunha a memória coletiva de uma comunidade.

⁴“o testemunho oral transmitido verbalmente de uma geração para a seguinte ou mais” (Prins, 1992, p. 172),

Segundo Giddens (2002), os rituais possibilitam importante amparo psicológico para o indivíduo enfrentar as dificuldades inerentes às principais transições da vida, tais como nascimento, adolescência, casamento e morte. Nesse sentido, o parto deve ser respeitado como um ritual de passagem, significativo para a mulher, sobretudo.

A tradição oral sobre a experiência do parto transmitida por gerações de mulheres, como qualquer outro testemunho, faz parte de uma complexa “política da memória” (Seligmann-Silva, 2008), que busca conciliar memória coletiva e memórias individuais. Assim, como diz Halbwachs

Para que nossa memória se beneficie da dos outros, não basta que eles nos tragam seus testemunhos: é preciso também que ela não tenha deixado de concordar com suas memórias e que haja suficientes pontos de contato entre ela e as outras para que a lembrança que os outros nos trazem possa ser reconstruída sobre uma base comum (1990, p.12).

Somente compartilhando as experiências de partear com outras mulheres da comunidade é que as parteiras tradicionais do interior do Brasil perpetuam a técnica do parto desenvolvida na convivência com a realidade social. Portanto, a narrativa tem, como condição de sobrevivência, dentre os motivos que a tornam elementar e absolutamente necessária, esse desafio de estabelecer um elo com “os outros” (Seligmann-Silva, 2008), a fim de permitir a riqueza de experiências comunicáveis. Essas experiências, segundo Benjamin, são a fonte onde bebem todos os narradores que conhecem as histórias e tradições de sua terra. “Se os camponeses e homens do mar tinham sido os velhos mestres da narração, a condição de artífice era sua academia” (1983, p. 58).

Na contramão da tradição feminina no universo do parto, surge a figura masculina como fenômeno recente, tendo ocorrido a inserção do profissional masculino quando um médico empresta seu braço forte às parteiras, para atender o parto de Louise de Lavallière, amante de Luiz XIV (Szejer, 1997). Importa ressaltar que a entrada do masculino no universo do parto introduz outros elementos antes nem cogitados: o desenvolvimento e uso do instrumental do arsenal cirúrgico-obstétrico. A prova dessa construção teórico-prática é presentificada nos manuais de obstétrica dos séculos XVI e XVII, que registram o uso de pinças, tesouras, fórceps e outros instrumentos para intervenção.

Em tempo de saber tecnocientífico, a tradição oral das mulheres parteiras, aos poucos, fica comprometida frente ao dizer racionalista sobre o parto. Nesse sentido, a medicina obstétrica, por estar embasada no saber científico, ganhou maior credibilidade e poder. Enquanto à parteira, mulher que se desincumbe dos partos não tanto pelo saber, mas pelo “saber-fazer” (Del Priore, 1993, p. 263), resta o descrédito e a desqualificação. Cabe dizer que no século XIX, com a gradativa hospitalização do parto, os cirurgiões lançam mão do “saber-fazer” das parteiras alfabetizadas. Mott (2002) nos conta que nessa mesma época, na Maternidade Port-Royal, as parteiras-chefes continuam tendo primazia, contrariamente ao que ocorre na maioria dos hospitais e maternidades francesas e européias, onde os médicos assumem a chefia, e as parteiras controlam os partos, sendo também responsáveis pela formação de parteiras.

A literatura nos mostra que, provavelmente, a obstetrícia de hoje tenha adquirido o conhecimento tecnológico desenvolvido por parteiras tradicionais. Composta pelo arsenal de técnicas, artefatos, comportamentos, atitudes, crenças, essa tecnologia vai, lenta e gradativamente, sendo construída na observação, experimentação e, sobretudo, na vivência histórica e sociocultural.

O “saber-fazer o parto”, próprio das parteiras tradicionais, faz parte dos “conselhos” que os médicos dirigem às suas pacientes (Del Priore, 1993), como sugestões que vão desde a ingestão de “caldo de galinha gorda” até as melhores posições para o parto para “bem parir” (Aires, 2006). Entretanto, apesar de todo conhecimento construído pelas parteiras ao longo dos tempos, evidenciou-se a falta de registro sistemático da atuação e do saber dessas mulheres. Sem um conhecimento estruturado sobre a prática, diversas denúncias e opiniões desfavoráveis são feitas pelos médicos sobre a atuação das parteiras no atendimento ao parto e ao nascimento.

Dessa forma, constrói-se o imaginário social da parteira como uma mulher ignorante e desqualificada. Essa imagem faz eco “não só na literatura médica do século XIX, como também na de vários países, tendo sido incorporada por historiadores e sociólogos do século XX” (Mott, 1999, p. 25).

Podemos verificar que a história da assistência aos partos “é uma história contada pelos vencedores”, não sendo levada em consideração os atravessamentos calcados no poder e no controle. Dessa forma, constrói-se uma história oficial sobre o parto e o nascimento, na qual a figura da parteira é desconsiderada em

detrimento da figura do médico, percebida como legítima. Constitui-se, com isso, uma versão deformada do passado, fazendo-nos esquecer que a medicina obstétrica apropriou-se do saber-fazer das parteiras de outrora. Hoje, segundo Aires (2005), encontramos pessoas que ignoram a existência de parteiras, ou que demonstram surpresa com o fato delas ainda atuarem na profissão, já que temos o médico calçado pela tecnologia científica de ponta.

Nesse sentido, como sustenta Paul Connerton, “não há dúvida de que o controle da memória de uma sociedade condiciona largamente a hierarquia do poder” (1993, p. 2), legitimando a ordem social vigente. Dessa forma, a tradição e a memória comuns - que garantem a existência de uma experiência coletiva, ligada a um trabalho e a um tempo partilhados, em um mesmo universo de prática e de linguagem - ficam depauperadas.

Sendo assim, resta às memórias subterrâneas, aquelas referentes aos grupos marginais, aos excluídos e às minorias, aguardar o momento propício para invadir o espaço público. Enquanto esse tempo não chega, transmitem-se cuidadosamente “as lembranças dissidentes nas redes familiares e de amizades, esperando a hora da verdade e da redistribuição das cartas políticas e ideológicas” (Pollak, 1989, p.3).

Ainda marginalizadas, as parteiras são “figuras associadas à tradição, às sociedades rurais, excluídas dos modernos serviços de saúde, mas que, embora leigas, são responsáveis por mais 60% dos partos em países em desenvolvimento” (Tornquist, 2004, p.221). Nas grandes cidades brasileiras, por exemplo, não vemos a figura da parteira se popularizar como no interior, onde a tecnologia do atendimento domiciliar do parto e nascimento é reconhecida pelas mulheres da região.

Por meio da transmissão do saber partejar perpetua-se uma arte que, diferentemente da prática da medicina obstétrica, se ocupa da alimentação e do vestuário da parturiente, como também do preparo do ambiente com os cuidados necessários, antes, durante e depois da criança nascer, constituindo-se, além de um ofício, num ato de solidariedade (Aires, 2005).

Em contrapartida, na metade do século XX, sem que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto, o processo de hospitalização do parto está instalado em vários países. Nesse modelo hospitalar dominante, como ressalta

Diniz (2005), as mulheres devem viver o parto imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus pertences, de seus parentes, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos”.

Atualmente, a obstetrícia produz, no sistema de rituais em torno do parto, valores que incluem a impotência feminina, a dependência em relação à ciência e à tecnologia e a superioridade das máquinas sobre as crenças individuais (Helman, 2003). Vemos que algumas poucas mulheres estão optando pela própria casa para vivenciar o processo do parto na companhia de amigos e familiares.

A crítica ao modelo de assistência, nomeada com diferentes termos, se desenvolve a partir de uma variedade de perspectivas. Na década de 1950, temos o movimento pelo parto sem dor⁵ na Europa, os ativistas do método Dick-Read e o parto sem medo e, posteriormente, os do método Lamaze e Leboyer, conhecido como parto sem violência. Outra vertente é a do parto natural do movimento hippie e da contracultura, cuja maior expressão é a experiência da comunidade conhecida como The Farm, nos EUA. O feminismo, em suas diversas facetas, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres.

Posteriormente, as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, e propõem uma assistência baseada em direitos. Também são muito influentes a abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger (1985), a redescrição da fisiologia do parto de Michel Odent (2000), e a proposta de parto ativo de Janet Balaskas (1996), entre outros autores. As vertentes amigas da mulher (woman-friendly) e centradas na mulher (woman-centered) são propostas principalmente para organização de serviços.

Mais recentemente, surge uma abordagem do parto como experiência genital e erótica, com desdobramentos inéditos na assistência, tendo como norteadora a parteira e antropóloga mexicana Naolí Vinaver (Diniz, 2005).

⁵Idéia de Dick-Read e Lamaza, obstetras de vanguarda preocupados em minimizar as dores do parto e transformá-lo em evento mais prazeroso (Tornquist, 2002, p. 485).

A Organização Mundial da Saúde (O.M.S), atenta à qualidade do atendimento à mulher nos hospitais e maternidades, e fundamentada em evidências, classifica em quatro categorias as práticas comuns na condução do parto normal de acordo com a sua utilidade, eficácia e ausência de periculosidade (Manual do Parto Humanizado, projeto Luz da Jica, 2000)

Categoria A – práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;

Categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;

Categoria C - práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão;

Categoria D - práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Cabe lembrar que por muitos anos a prática médico intervencionista é a única reconhecida como legítima e válida no atendimento à parturiente. É preciso escavar pacientemente o amontoado de ruínas e escombros do passado, recolhendo indícios historiográficos, não para reencontrar o passado como ele foi, mas sim para buscarmos o que nele é esquecido e abafado: os vestígios que o tempo sufoca, isto é, as personagens e os episódios que são asfixiados e colocados nas notas de rodapé da história oficial: os relatos e as memórias recorrentemente negligenciados, omitidos e esquecidos; os pormenores secundários; os detalhes acessórios; as minudências anódinas. É indispensável reconstruir o passado dos silenciados, dos esquecidos, enfim, dos espoliados da história. É fundamental preservar a memória daqueles que não têm lugar nos manuais de história; salvaguardar os seus testemunhos e depoimentos (Benjamin, 1992).

Nesse sentido, em conformidade com os objetivos propostos pela O.M.S., vislumbra-se outros mundos onde não há excesso e falta de tecnologia no atendimento à mulher gestante ou puérpera. Com isso, pretende-se obter o menor número possível de intervenções compatível com a segurança. Isso significa que, em caso de parto normal, só deveria haver intervenção sobre o processo natural se houver indicação cabível, como nas tradições da Antiguidade, em que o parto era reconhecido como processo natural, ocorrendo intervenção nas complicações.

Entretanto, a despeito da posição tomada pela O.M.S. e do movimento pela humanização do parto e do nascimento, ainda muito se valoriza a figura do médico intervencionista. J. Rezende, um dos principais autores de obras em

obstetrícia no Brasi, foi um dos mais relevantes propulsores da ‘cirurgificação reprodutiva’⁶, ao defender uma postura intervencionista na assistência ao parto. Para ele,

A espera resignada e fatalista do parto vaginal pôde ser derogada com o desvendamento da fisiopatologia da contração uterina que permitiu governá-lo, encurtar-lhe as fases, monitorá-lo, induzi-lo, mediante o aperfeiçoamento da anesthesiologia, tornando-o indolor e, através dos préstimos da operação cesariana, cristalizada em técnica de simplicidade extrema e resultados insuperáveis (1998, p. 2).

Essa configuração histórica, emergente no momento atual, faz crer que o médico é aquele que previne o risco da ‘catástrofe’ do parto. Herdeira do século XVIII, essa concepção do médico advém do entendimento do parto como patológico. Sendo assim, o obstetra assume um lugar de saber-poder sobre a mulher que se cala, se despotencializa do seu saber. Dessa forma, diria Rezende

O parteiro moderno há de ser internista, esclarecido e hábil cirurgião, conhecimentos adquiridos e aprofundados de endocrinologia e pediatria. Psicólogo, antes de mais nada talvez, necessita esmerar-se no entendimento do ser humano no que ele tem de mais íntimo ou pessoal, os seus conflitos anímicos.(...) a ignorância e pouco discernimento das parteiras, a transmitirem, de geração a geração, práticas desarrazoadas, feitiços, crendices, bebidas repugnantes e flagelações que complicavam a parturição, dilaceravam a genitália, infectavam-na e ao ovo, condicionando e propiciando sua morte no claustro materno ou da própria gestante (1998, p. 2).

Rezende utiliza um discurso de legitimação⁷ da figura do médico obstetra, o qual seria uma espécie de ser completo, mais capacitado para lidar com o evento do parto em comparação com as parteiras. Essa forma de compreender o fenômeno do parto e do nascimento produz uma verdade sobre o parto, o que favorece a entrada das parturientes no ambiente hospitalar.

Foucault (1979) pontua que o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas inicia no corpo, com o corpo. É no biológico, no somático, no corporal que investe a

⁶Termo que diz respeito à tendência da obstetrícia na contemporaneidade, qual seja, o parto cesáreo.

⁷Segundo J. Thompson (1995), legitimação é um mecanismo de operação da ideologia, em que relações de poder e assimetrias sociais são apresentadas como legítimas, justas e dignas de apoio.

sociedade capitalista. Sendo assim, o corpo é uma realidade biopolítica, já que é da ordem da vida.

No cenário da medicina moderna, o processo de medicalização possibilita a governabilidade dos modos de parir, ao lançar mão de técnicas moduladas e sistematizadas pelo discurso da ciência. Esse saber constituído pela medicina moderna porta a vontade de verdade sobre os corpos, o que os conduzirão a novas tecnologias de poder. Dessa forma, se estrutura uma nova ordem política emergente, ao qual o corpo se ajustará como numa engrenagem, conforme ocorre na sociedade disciplinar.

Cabe lembrar que é no momento histórico das disciplinas que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas sim o estabelecimento de uma relação que, no mesmo mecanismo, o torna tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente. Forma-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 esquadriha, o desarticula e o recompõe. “A disciplina aumenta as forças do corpo, em termos econômicos de utilidade, e diminui essa mesma força, em termos políticos de obediência” (Foucault, 1997, p.127).

Dessa forma, torna-se o corpo dócil e útil o bastante para ser transformado e aperfeiçoado conforme os interesses e as intenções do momento. Isso significa que os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social. Esses micropoderes existem integrados ou não ao Estado, distinção que não parece, até então, ter sido muito relevante ou decisiva para suas análises (Costa, 1979).

Esses mecanismos disciplinares, também presentes na sociedade moderna, são criticados por Foucault, por suprimir os espaços de liberdade individual e pela constante violência praticada no corpo humano, quando o racionalizamos. Nesse sentido, “os indivíduos são o resultado de uma produção de massa, sendo fabricados e modelados conforme o registro social” (Rolnik&Guattari, 2005, p. 40).

Representante do pensamento hegemônico do século XIX, a figura do médico dissemina modos de existencialização que conduz, aos poucos, as mulheres gestantes ao hospital-maternidade para ter seus filhos, desapropriando,

com isso, o saber das parteiras, que vão se afastando dos grandes centros urbanos. Com isso, paulatinamente, a gestação e o parto tornam-se assuntos da ciência e de interesse público.

No entanto, como aponta Mott (2002), o envolvimento dos médicos na cena do parto seguidos da condenação das práticas tradicionais e da exigência de uma formação e de um diploma para o exercício profissional das parteiras não se dá da mesma forma em todos os lugares, “nem significou a perda imediata da importância e do poder das parteiras, fossem elas tradicionais, fossem formadas segundo o modelo biomédico” (p. 399), sendo impossível fazer uma leitura linear desse processo.

Exemplificando os acontecimentos, Mott relata que

Na Maternidade Port-Royal de Paris, no século XIX, conforme o trabalho de Sacarlet Beauvalet-Boutouyrie, as parteiras-chefes continuaram tendo primazia. Contrariando ao que ocorria na maioria dos hospitais e maternidades francesas e européias, onde os médicos eram empossados como chefe de maternidades, naquela instituição as parteiras mantiveram sua ascendência sobre os parteiros, controlando os partos e sendo responsáveis pela formação de parteiras. Ao longo do século, foram diretoras do estabelecimento e se firmaram como “verdadeiros cirurgiões”, fazendo operações e usando instrumentos, como o fórceps, apesar de proibidos por lei (2002, p. 400).

É fato que por quase um século o nascimento interessa basicamente aos médicos, tornando-se seu principal porta-voz. Entretanto, nos últimos 40 anos, profissionais de diferentes áreas, sobretudo pesquisadoras que incorporam a reflexão feminista, trazem uma importante contribuição, não apenas para a área acadêmica, mas também para a assistência.

Na contramão de uma medicina excessivamente tecnologizada, surge o movimento pela humanização do parto e do nascimento que considera ambos como eventos fisiológicos e naturais, ao contrário do que a medicina ocidental postula, ao torná-los alvos de forte intervecionismo. No entanto, de acordo com Tornquist (2002) , “a crítica ao modelo medicalizado de assistência ao parto não questiona a própria concepção dicotômica natureza/cultura, mas inverte os sinais, positivando a dimensão tida como natural e negativizando o que estaria vinculado a tecnologia/ cultural/ocidental” (p.488).

Nesse sentido, as novas tecnologias do parto e do nascimento criadas no âmbito médico-hospitalar são percebidas por esse grupo como puramente

intervencionistas, sem, para isso, haver por parte dos médicos fundamentação científica realmente validada.

Historicamente, o médico, herdeiro dos higienistas dos séculos XVIII e XIX, entende o parto como patológico, e as técnicas cirúrgicas como um meio de aliviar o risco e a tortura fisiológica que compreenderia o parto, assegurando à mulher e ao bebê segurança e “bem-estar”.

Devemos dizer ainda que o controle educativo-terapêutico proposto pela higiene motiva um modo de regulação política da vida dos indivíduos que, nos dias atuais, mostra-se eficiente ao divulgar números estatísticos, mesmo que falseados, para produzir novos modos de subjetividades. Assim, essa ação recupera os efeitos imprevistos dessa manipulação, ocultando-lhes a origem e o caráter político-social. Com isso, produz-se a crença, calcada no ideário positivista, de que o ser humano domina a natureza ao conhecê-la. No entanto, essa prática só se constitui como um saber possível mediante a demanda produzida na sociedade burguesa, quando banhada pelos ideais iluministas e românticos.

Para o analista institucional René Lourau,

Quanto mais uma sociedade é racionalizada, mais se torna opaca para aqueles que a compõem, a tal ponto que o dito 'selvagem' sabe mais acerca de suas tecnologias e instituições do que nós, ditos 'civilizados', sobre as nossas (1972, p.10)⁸.

Desta forma, restará à humanidade lembranças coletivas de uma história oficial condizente com os interesses secretos da classe hegemônica. Entretanto, é possível encontrarmos outras saídas quando “escovamos a história a contrapelo” (Benjamin, 1994), denunciando a sua ação, ao mesmo tempo em que abrimos outras falas antes silenciadas.

Com intuito de transformar o modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, surge, desde o final dos anos de 1980, o movimento social pela humanização do parto e do nascimento, que conta com algumas associações de tipo não-governamental e redes de movimentos identificadas centralmente com a crítica ao modelo hegemônico de atenção ao

⁸Livre tradução.

parto e ao nascimento, como a Rehuna (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento)” (Tornquist, 2002, p. 483).

Diante dessa perspectiva, a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS-Anexo 1), de 1985, vem endossar as prerrogativas disseminadas pelo movimento, e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco, e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas.

Entretanto, diferentemente do ideário do parto humanizado,

A proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, a curto, médio e longo prazos. O conjunto de medidas tidas, então, como humanizadoras busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicizado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais (Tornquist, 2002, p. 485).

Entretanto, historicamente, como nos conta Diniz (2005), na assistência ao parto, o termo humanizar é utilizado há muitas décadas, com sentidos diversos. Assim, podemos concordar com Bakthin (1995) quando diz que a palavra é viva, histórica, polissêmica, sendo seu sentido apreendido no seu contexto. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, por exemplo, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vem humanizar a assistência aos partos (Rezende, 1998). Não obstante, esses conceitos são difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional, entre eles o norte-americano Joseph DeLee (Rothman, 1993 apud Diniz, 2005).

Diante dessa perspectiva, humanizar é amenizar o sofrimento do parto por meio de intervenções aliviadoras. Entretanto, sabemos que a humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento da outra, de uma mulher.

A literatura nos conta também que o modelo anterior ao da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descreve o sofrimento do parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (Diniz, 1997). Nesse sentido, temos como referência cultural judaico-cristã sobre o parto e nascimento a história do destino da primeira mulher,

Eva, que ao deixar-se tentar pela maléfica serpente, desejando saborear o fruto da árvore da sabedoria foi condenada por Deus a submeter-se à ordem biológica: “À mulher, disse Deus: Multiplicarei as dores da tua gravidez, será na dor que vais parir os teus filhos. A tua avidez, há-de imperlir-te para o teu marido, mas ele dominar-te-á (Gênesis, III, 16).

Barbaut (1990) destaca que “durante longo tempo nas representações religiosas, a mulher que está em trabalho de parto é apresentada como um corpo que sofre, que se torce de dor, que fatalmente grita dominada pelo medo e pela angústia - imagens que até hoje partilham do imaginário social, muito comumente veiculadas pela mídia. Eva, caída em desgraça e responsável pelo pecado original, culpada de ter corrompido a humanidade, sofreu como castigo os padecimentos da gravidez e as inevitáveis dores do parto” (p.136).

3.4

Contraponto machadiano



Figura 8: Revista Brasileira, junho de 1898, Machado de Assis

Por meio da literatura de Machado de Assis, no final do século XIX, temos notícias sobre o sentimento dominante no que diz respeito ao parto. Arguto observador do que entra pelos olhos e pelos ouvidos do cotidiano brasileiro, Machado de Assis não só descreve o Rio de Janeiro no Segundo Império, como também o transcende, no pulsar universalizante de seus personagens, quais sejam, proprietários, funcionários, agregados e escravos (Bosi, 1999).

Machado, considerado o introdutor do Realismo no Brasil, narra em sua obra literária como padecem as mulheres do século XIX durante a gestação e parto. Assim, em *Memórias póstumas de Brás Cubas*, o autor descreve o momento do parto de sua personagem Vigília que, depois de sofrer com as dores no nascimento do primeiro filho, cultiva o medo do parto.

Essa hora, feita de minutos de vida e minutos de morte, dava-lhe imaginariamente os calafrios do patíbulo (*Memórias de Brás Cubas*, p.193).

Com a preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, a obstetrícia médica tenta reverter aquilo que há séculos a tradição atribui ao parto. Essa inversão na prática do parto faz com que a mulher não seja mais descrita como aquela que deve expiar sua culpa, mas, diria Diniz (2005), como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra anteciper e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino”. Segundo DeLee, para a mãe o parto equivale a cair com as pernas abertas sobre um forcado (a passagem do bebê pela

vulva) e, para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea) (p. 628).

A partir dessa compreensão foi possível à medicina desenvolver a pelvimetria, que procura esquadrihar a pélvis feminina com base científica na física e na matemática. Nesse momento histórico, disseminam o que Diniz (2005) chama de “amarmentário cirúrgico-obstétrico”, uma variedade de fórceps. Com esse aparato tecnológico em mãos, esses cientistas concebem o parto como uma forma de violência intrínseca, essencial, “um fenômeno ‘fisiologicamente patogênico’; e, por implicar sempre danos, riscos e sofrimentos, seria, portanto, patológico” (Rothman, 1993 apud Diniz, 2005, p. 628). Nesse sentido, Machado de Assis retrata mais uma vez a vivência traumática do parto da mulher no século XIX em “Pai contra mãe”,

A natureza ia andando, o feto crescia, até fazer-se pesado à mãe, antes de nascer. Chegou o oitavo mês, mês de angústias e necessidades, menos ainda que o nono, cuja narração dispenso também. Melhor é dizer somente os seus efeitos. Não podiam ser mais amargos (1906(1990), p. 22).

Nesse contexto, a maternidade é inaugurada com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais, uma espécie de “estupro invertido”, diria Diniz (1997). Em resposta à realidade que se impõe, a obstetrícia cirúrgica, masculina, oferece solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento. Assim, aos poucos, o ofício feminino de partejar perde o espaço privilegiado da parturição. A supressão do poder feminino no que concerne ao cuidado com outras mulheres no parto acarreta o impacto nos séculos seguintes. Por exemplo, as sacerdotisas de rituais cuja validade está sendo abandonada: “com a hegemonia do projeto eurocêntrico, cristão, tecno-cientificista e, evidentemente, masculino, da modernidade, as mulheres foram tendo seus papéis nas cenas de parto transformados” (Diniz, 1996, p. 110).

Podemos entender esse evento a partir do Iluminismo e da Revolução Francesa, quando novas configurações em torno da concepção de gênero e do poder social vêm sendo delineadas. Nesse cenário, consideramos a figura do feminino como essencialmente inferior a do homem, marcando, com isso, a diferença entre os sexos, particularmente motivada pelas ideologias centradas em torno da culpa essencial das mulheres.

Diniz (1996) ressalta que em épocas anteriores a mulher é considerada “um erro no desenvolvimento do embrião, por se crer que deveria ter se tornado um homem” (p. 114). Essa visão produz o modelo da bissexualização, concebendo a mulher como inferior ao homem em sua natureza.

A literatura nos conta que a mulher, de culpada da queda da humanidade, passou à vítima de sua natureza. Com isso, o parto deixa de ser momento de provação e expiação da culpa, para ser uma comprovação da fragilidade e dependência naturais das mulheres. Era justo e necessário ampará-las nesse momento (idem ibidem, p.114), o que justifica a ação intervencionista da medicina obstétrica.

A partir dessa crença se torna legítimo e científico que o homem conhecesse o corpo da mulher. O útero passou a ser considerado como um órgão nobre, uma vez que dele dependia a reprodução e a constituição da família. Além disso, como nos conta Dias

a política populacional passou a ser temática relevante nesses novos tempos, o que desencadeou a transição e a legitimação da entrada do masculino em assuntos marcadamente femininos, quais sejam, a gestação e o parto. Sendo assim, o útero tornara-se um assunto da ciência e de interesse público! (2007, p. 92).

Com a entrada do homem no universo da parturição, a partir do século XVIII, surge uma ampla classificação das distócias, complicações e acidentes de parto, inspirada nas ciências naturais. No entanto, apenas no século XIX, com a precisão da distócia sistematiza-se a indicação operatória. Como consequência dessa prática, a obstetrícia médica favorece um apagamento da experiência, e sem ela esvai-se a herança cultural. Diniz nos relembra que

Durante várias décadas do século XX, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total. ("sono crepuscular", ou *twilight sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (Wertz, 1993). No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães um expoente:

ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: "Lucina", um dos nomes da deusa Juno (Magalhães, 1916, p. 628).

Esse modelo da sedação completa é abolido da medicina obstétrica após várias décadas, em vista da alta morbimortalidade materna e perinatal e passa a ser considerado inaceitável. São aceitas substâncias mais seguras de anestesia e, aos poucos, as mulheres das elites e as indigentes são atendidas segundo o modelo hospitalar, tornando-se padrão da assistência nas áreas urbanas. Esse modelo é consolidado já no século XX, “mesmo sem que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto” (Tew, 1995 apud Diniz, 2005, p. 629).

Foucault (1979) nos lembra que, durante o século XVIII, a medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder ao penetrar em diferentes instâncias. Com isso, constituímos uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença mas às formas gerais da existência e do comportamento, qual seja: a alimentação, a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do habitat.

3.5

Humanização como polissemia

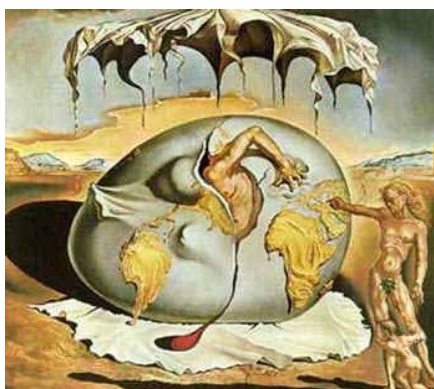


Figura 9: Criança geopolítica observando o nascimento do novo homem Geopoliticus, Salvador Dalí (1943)

Na Roma antiga, os humanizados não são mais que a seita dos alfabetizados e, como em muitas outras seitas, nos aponta Sloterdijk (2000), também despontam projetos expansionistas e universalistas. Nesse contexto, a escrita tem o poder transformador, pondo em marcha não só o que é compreendido como materialidade, prática e acontecimento, e está enredada nos

dispositivos políticos articulados com as diferentes formações sociais inscrevendo-se, portanto, em suas condições políticas. Daí, podemos afirmar que não há saber neutro, pois todo o saber é político. Tomando essa direção, a análise do saber implica a análise do poder, visto não haver relação de poder sem a constituição de um campo de saber. Da mesma forma, todo saber constitui novas relações de poder, pois onde se exercita o poder, ao mesmo tempo, formam-se saberes e estes, em contrapartida, asseguram o exercício de novos poderes (Coimbra&Nascimento, 2001, p. 246).

Da antiguidade para a atualidade, o termo humanizar ganha diversos sentidos. Entretanto, na assistência ao parto humanizado, reivindicamos uma certa legitimidade do discurso. Afinal, tratamos de um diálogo, em um espaço político a ser ocupado, sem consenso quanto a essas reivindicações. Isso quer dizer que temos uma superposição de sentidos. Sendo assim, humanização tanto pode ser referir à legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada em evidência, como pode se referir à legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres, crianças, e famílias, na assistência ao nascimento. Podemos nos referir à humanização como o resultado da tecnologia adequada à saúde da população, ou como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e dos poderes na cena do parto, ou mesmo como legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre a saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente, ênfase na importância do diálogo com a paciente. E, finalmente, a legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos (Diniz, 2005).

Em contrapartida, uma outra conotação do termo humanização é propagada pelos obstetras brasileiros, a do parto sem dor, moderno, garantido pela tecnociência de rotina. Nesse sentido, a relação do poder-saber da obstetrícia médica transforma um evento familiar, que é o parto, em assunto do biopoder, criando rotinas pré-estabelecidas na tentativa de higienizar as condutas familiares. Como modelo tecnocrático da atenção ao parto, como sugere Davis-Floyd (1984), a obstetrícia médica é também marcada pela dimensão ritual, mas um ritual

médico, carregado de valores e signos próprios de uma sociedade medicalizada, em função de sua trajetória histórica - uma sociedade patriarcal, marcada pela dominação masculina.

A crítica ao modelo de assistência brasileiro tem seu desdobramento a partir do movimento do Parto Sem Dor, uma vanguarda obstétrica dos anos 50, que influencia na época vários profissionais de camadas médias que buscam modificar a assistência ao parto em geral e no âmbito da saúde pública. Entretanto, é nos anos 90 com a REHUNA (Rede Nacional pela Humanização do parto e do Nascimento) e com o parto humanizado que se intensificam as discussões em torno dos direitos das mulheres.

Essa possibilidade de repensar a prática dá-se a partir do choque entre as culturas leiga e obstétrica, que tem sua base, segundo Davis Floyd, na medicina, cujo paradigma “cada vez mais define a saúde e os seus problemas, sobretudo, em termos de disfunção fisiológica. Para Aires,

Ainda, segundo Helman, o conflito oriundo desse choque cultural, isto é, a visão do médico de um lado, e a da mulher de outro, aparece com mais clareza quando se observam as diferenças com que cada um avalia todo o processo. Para o médico, a atenção à gravidez inicia-se no pré-natal e termina com o parto. Ao passo que para a mulher, este bebê representa mudanças profundas em muitos aspectos de sua vida, quais sejam: o status social modificado de “mulher” para o de “mãe”; outras relações sociais etc. Fatos esses que não deixam dúvida de que o nascimento, em todas as sociedades humanas, tem um significado que extrapola um evento meramente biológico (2005, p.26-27).

Cabe destacar, nesse momento, que a história da assistência obstétrica médica ao parto envolve profundos conflitos e tensões, sendo delatado por mulheres integrantes do movimento pela humanização do parto e nascimento com o atendimento hospitalar/institucional. Para elas, há uma estreita relação entre as técnicas utilizadas nesse atendimento e a chamada “desumanização” das práticas atuais de atendimento obstétrico.

Nesse caso, o Parto Humanizado é uma opção que veio englobar as propostas de parto natural e de “casal grávido” (Salem, 1985), de décadas anteriores, estando vinculado a valores como autonomia, liberdade, escolha e desejo. A “maternidade alternativa”, como foi classificado o “parto humanizado”, passa a integrar as aspirações das camadas médias urbanas, e o parto passa a ser percebido como um ritual demarcador da diferença daqueles que pretendem romper com modelos familiares e sociais “tradicionais”. Tornquist nos diz que

Neste processo, observa-se a crescente valorização da primeira infância e a chamada psicologização do feto, através do qual o feto passa a ser considerado, antes mesmo do nascimento, uma Pessoa dotada dos atributos que compõem a noção moderna de Indivíduo. Foi esse o contexto em que emergiu o movimento pelo parto natural englobando também, o Parto Humanizado atual (2007, p. 145).

Aliadas ao movimento pela humanização do parto e do nascimento, o movimento feminista no Brasil tem fomentado ações feministas no âmbito da saúde pública com a contracepção, violência, sexualidade, aborto e mortalidade materna e, mais recentemente, nos anos 90, com a saúde sexual e reprodutiva.

Nos anos 90 os movimentos sociais passam a apresentar propostas, formulando políticas públicas de uma forma participativa. Nesse cenário, as ONGs vêm cumprir um papel histórico, na medida em que ocupam lacunas deixadas a descoberto pelo Estado e que não chegam a ser assumidas pelo poder público. Para Tornquist (2007), apesar de ainda dependerem da vontade política dos gestores, contribuem para uma economia de recursos nas áreas em que a pobreza é quase endêmica, mas não desconectada da estrutura social do país.

Entretanto, a Rede não queria atuar em bases representativas formais - o que acentuava seu caráter autônomo e independente - mas apenas articular pessoas e grupos, aproximando-se de outras experiências de organização no campo feminista, entre elas a já citada Rede Feminista de Saúde. A busca de formas alternativas de organização era comum ao campo dos movimentos sociais, desde os anos 70; alguns autores identificaram como indicativo de sua inovação os movimentos que teriam surgido como filhos da contracultura e do Maio de 68. Eles teriam, entre um conjunto de características consideradas inovadoras, as formas de sua organização: igualitárias, horizontais, fluidas, flexíveis, e que corresponderiam ao modelo comunitário que se diferenciava do formal, baseado em formas de representatividade, hierarquia, estabilidade e racionalidade (Tornquist, 2007, p.148)

Mesmo que avessos à institucionalização havia a necessidade de substituir o bem-intencionado anarquismo inicial por uma organização mais eficiente. Seus componentes oriundos de diferentes espaços da sociedade tinham como objetivo ampliar o ideal de humanização da assistência.

Ser da Rehuna não significa, necessariamente, ser sócio de suas instâncias formais e institucionais que são, inclusive, bastante fluidas, mas, sobretudo,

partilhar do ideário do Movimento e atuar na sua efetivação. É o ideário compartilhado e o sentimento de pertença ao movimento da humanização que confere identidade aos seus adeptos (Tornquist, 2007, p. 150).

Se antes o parto humanizado propunha uma prática alternativa ao já instituído, hoje produz modos de se ter filho tão instituído quanto a medicina de outrora, que impunha às mulheres modos legítimos de se parir. Capturado pelo sistema hegemônico mesmo que se pretenda diferente, o movimento de humanização que antes preconiza um parto em conformidade com a natureza da mulher, agora discursa prescrições ditadas por saberes científicos afim de proporcionar à mulher um parto ideal. Essa discursividade em torno do parto natural produz na mulher o desejo pelo que está sendo, de verdade, imposto. Nesse cenário o bebê ganha a cena, e a mulher como protagonista de seu parto deve desempenhar bem seu papel em nome da saúde do filho.

Esse deslocamento de interesse da mulher para o bebê provoca a pergunta: que alianças ético-políticas fazemos em nossas produções de cuidados e de políticas de saúde? Nesse sentido, concordamos com Neves e Massaro (2009) quando afirmam a necessidade de se avaliar ético-politicamente as tecnologias, os discursos, as leis, os programas e as propostas, naquilo que promovem e atualizam como produção de realidade.