



Solange Frid Patricio

**Parto Humanizado em tempo de Maternidade
Naturalista: os ecos das práticas discursivas
no modo de ser mulher-mãe**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Psicologia do Departamento de
Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Andrea Seixas Magalhães

Rio de Janeiro

Março de 2011



Solange Frid Patrício

**Parto Humanizado em tempo de Maternidade
Naturalista: os ecos das práticas discursivas
no modo de ser mulher-mãe**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Andrea Seixas Magalhães

Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Terezinha Féres-Carneiro

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Marisa Schargel Maia

Maternidade Escola - UFRJ

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, ___/___/2011.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Solange Frid Patricio

Parto Humanizado em Tempo de Maternidade Naturalista: os ecos das práticas discursivas no modo de ser mulher-mãe/ Solange Frid Patricio; orientadora: Andrea Seixas Magalhães. – Rio de Janeiro: PUC-Rio – Departamento de Psicologia, 2011.

Ficha Catalográfica

Patricio, Solange Frid

Parto humanizado em tempo de maternidade naturalista: os ecos das práticas discursivas no modo de ser mulher-mãe / Solange Frid Patricio; orientadora: Andrea Seixas Magalhães. – 2011.

127 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2011.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Mulher. 3. Maternidade. 4. Parto humanizado. 5. Discursividade. I. Magalhães, Andrea Seixas. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Aos meus filhos queridos, Ivan e Igor, por terem me
permitido vivenciar a experiência de ser mãe

Agradecimentos

À minha querida orientadora, Andrea Seixas Magalhães, sempre acolhedora e amorosa, que a um só tempo apontou caminhos e permitiu minhas invenções, respeitando o meu caminhar. Minha profunda gratidão!

À Marisa Schargel Maia por ter aceitado gentilmente o convite de participar da minha banca de defesa, muito obrigada. É uma honra!

Às professoras Sílvia Zornig e Terezinha Fêres-Carneiro por aceitarem participar dessa parte da minha história.

À Marcelina, sempre disponível.

À Cláudia Chigres pela leitura.

A todos os colegas que compartilharam discussões em aulas, nos intervalos, e que contribuíram, de alguma maneira, para o amadurecimento e delimitação do tema.

À Paula Deiró e à Elisa Almeida pela amizade nesses dois anos de mestrado, e por terem mostrado que pós-graduação não precisa ser um período tão solitário.

Aos meus pais queridos, sempre zelosos.

Aos meus filhos pela paciência.

Ao Nicolau pela presença nos meus momentos de ausência.

À CAPES e à PUC-Rio pelos auxílios concedidos.

Resumo

Patricio, Solange Frid; Magalhães, Andrea Seixas (Orientadora). **Parto Humanizado em Tempo de Maternidade Naturalista: os ecos das práticas discursivas no modo de ser mulher-mãe**. Rio de Janeiro, 2011. 127p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta pesquisa tem como objetivo investigar os efeitos da discursividade nas mulheres-mães sobre os modos de gerar, parir e cuidar do filho, considerando as formas de construção social, cultural e linguística implicadas nesse processo, que diferenciam a ‘boa mãe’ da ‘má’. Tendo em vista, por um lado, o aumento das intervenções cirúrgico-obstétricas, e, por outro, a emergência do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, fundamentamo-nos nas teorizações desenvolvidas por pós-estruturalistas como Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, a fim de problematizar os discursos instituídos sobre a maternidade. A partir dos depoimentos de 14 mulheres-mães que descreveram suas experiências de parir segundo os preceitos do parto humanizado em três sites especializados no assunto, buscamos ilustrar o modo como as práticas discursivas sobre maternidade e maternagem, difundidas nesse processo, se articulam com as experiências concretas dessas mulheres para produzir novas configurações subjetivas. Destacamos 4 temáticas que configuraram assuntos primordiais: 1) Parto humanizado: uma alternativa à industrialização do parto, 2) Práticas produtoras de desejos, 3) Parto dos sonhos, o parto ideal: a mulher como protagonista, e 4) Cesariana: frustrações e tristeza quando se quer um parto naturalmente “natural”. Os depoimentos dessas mulheres ilustraram que a adesão às verdades historicamente construídas reafirma mitos e crenças em torno da figura materna. Em linhas gerais, as prerrogativas do Movimento pela Humanização do Parto são também produtoras de desejos e sofrimentos, contribuindo para o sentimento de desamparo das mulheres mães não condizentes com o modelo instituído.

Palavras-chave

Mulher; maternidade; parto humanizado; discursividade.

Abstract

Patricio, Solange Frid; Magalhães, Andrea Seixas (Advisor). **Humanized childbirth in a Time of Naturalistic Motherhood: echoes of discursive practices in the way of being woman-mother**. Rio de Janeiro, 2011. 127p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The aim of this dissertation is to investigate the effects of discursive practices upon women-mothers over the ways of conceiving, giving birth and raising a child, considering the forms of social, cultural and linguistic construction implied in this process, which set apart the ‘good mother’ from the ‘bad’. Taking into account, on the one hand, the increase in surgical-obstetric interventions, and on the other hand, the emergence of the Movement for the Humanization of Childbirth, we base ourselves on the theories of post-structuralists such as Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, in order to question the institutionalized discourses about motherhood. From the discourses, made available on specialized sites, of 14 women-mothers on giving birth according to the precepts of humanized childbirth we seek to learn how discursive practices on motherhood and taking care of the baby, diffused in the process, articulate with the concrete experiences of these women in order to produce new subjective configurations. We mention 4 themes which configure primordial subjects: 1) Humanized childbirth, an alternative to the industrialization of childbirth, 2) Practices which produce desires, 3) Ideal childbirth: the woman as protagonist, 4) Cesarean section: frustration and sadness when a naturally ‘natural’ childbirth is desired. The narratives of these women show that adhesion to historically constructed truths reaffirms myths and beliefs around the figure of the mother. In general, the prerogatives of the Movement for Humanized Childbirth are also productive of desires and suffering, contributing to the feeling of inadequacy of women-mothers not in accordance with the instituted model.

Keywords

Woman; maternity; humanized childbirth; discursive practices.

Sumário

1. Introdução	12
2. A proveniência do amor materno	17
2.1. Século XVIII: sentimento de família e sentimento de infância, as famílias se transformam	17
2.2. Século XIX: <i>vocare</i> para a maternidade	20
2.3. Século XX: mulher-mãe na contemporaneidade, da casa para um mundo de possibilidades	22
2.4. Século XX: dominação tecnológica da maternidade	26
3. Parto Humanizado em tempo de maternidade naturalista	28
3.1. Família em foco: repensando suas modelizações subjetivas em curso	28
3.2. O mito da boa mãe: permanências e rupturas do século XVIII até os dias atuais	34
3.3. Parto Humanizado: o mal-estar na “natureza”	41
3.4. Contraponto machadiano	53
3.5. Humanização como polissemia	56
4. Sobre a representação social da mulher-mãe: algumas reflexões	61
4.1. A “politização do feminino e da maternidade”: práticas discursivas e representações sociais	61
4.1.1. A estetização contemporânea da mulher-mãe: uma nova cartografia	68
4.1.2. Especialismos: controle social para um novo milênio	76
4.2. Deslocamentos do papel feminino na atualidade: uma questão de gênero	80
4.3. Globalização, mídia e maternidade: a estilização do ser mãe	84
5. A rememoração de mulheres-mães na experiência do parto humanizado em sites especializados: ilustrando as práticas discursivas sobre maternidade e maternagem	89
5.1. Os depoimentos das mulheres-mães	91
5.1.1. Características das mulheres selecionadas	92
5.1.2. Discutindo os depoimentos	94
5.1.2.1. Parto humanizado: uma alternativa à industrialização do parto	94
5.1.2.2. Práticas produtoras de desejos	98
5.1.2.3. Parto dos sonhos, o parto ideal: a mulher como protagonista	100
5.1.2.4. Cesariana: Frustração e tristeza quando se espera um parto naturalmente “natural”	103
6. Considerações Finais	106
7. Referências bibliográficas	111

8. Anexo 1: Recomendações da OMS	111
8.1. Anexo 2: Folder da Campanha da Amamentação de 2010	123
8.2. Anexo 3: Página de abertura dos sites pesquisados: Amigas do parto, GAMA e Lua Nova	124

Lista de figuras

Figura 1: Jean Renoir com Gabrielle Renard, Pierre-Auguste Renoir (1895)	17
Figura 2: Mãe e criança, Pierre-Auguste Renoir (1881).	20
Figura 3: O almoço dos remadores, Pierre-Auguste Renoir (1881).	22
Figura 4: <i>Cadeiras de parto na história da maternidade a partir do século XVI.</i>	26
Figura 5: Ilustração do manuscrito iraquiano de Makomad, de Hairiri Meschki (1237) mostrando o parto de cócoras com o auxílio de parteiras, com o marido também sendo "auxiliado".	28
Figura 6: Deusa da Fertilidade (6.500 5.700 ac) no ato de parir. Turquia central. Museu arqueológico de Ankara.	34
Figura 7: <i>Desenho de 1930 ilustrando técnicas primitivas de parto onde mulher japonesa recebe massagem abdominal.</i>	41
Figura 8: Revista Brasileira, junho de 1898, Machado de Assis.	53
Figura 9: Criança geopolítica observando o nascimento do novo homem, Salvador Dalí (1943).	56
Figura 10: Madonna de Port Lligat, Salvador Dalí (1949).	61
Figura 11: Mãe e filho, Gustav Klimt (1905).	68
Figura 12: O homem Vitruviano, Leonardo Da Vinci (1490).	76
Figura 13: Duas namoradas, Gustav Klimt, (1916).	80
Figura 14: Esboço da Esperança I, Gustav Klimt (1903).	84
Figura 15: Cena de parto pioneira: mulher dá à luz sentada numa cadeira assistida por parteiras e um homem. Ilustração de um livro do final do século 19.	89
Figura 16: Ilustração da obra de Rösslin, representando um parto de 1513.	94
Figura 17: Maternidade, Pablo Picasso (1905).	98
Figura 18: Maternidade, Joan Miró (1924)	100
Figura 19: Estudos de embriões , Leonardo Di Vinci (1510-13).	103

*Quando nasci um anjo esbelto,
desses que tocam trombeta, anunciou:
vai carregar bandeira.
Cargo muito pesado pra mulher,
esta espécie ainda envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem,
sem precisar mentir.
Não sou feia que não possa casar,
acho o Rio de Janeiro uma beleza e
ora sim, ora não, creio em parto sem dor.
Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.
Inauguro linhagens, fundo reinos
— dor não é amargura.
Minha tristeza não tem pedigree,
já a minha vontade de alegria,
sua raiz vai ao meu mil avô.
Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.
Mulher é desdobrável. Eu sou.*

Introdução

“Escrever é uma questão de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido”.

A literatura e vida - Gilles Deleuze

O presente trabalho nasceu e amadureceu a partir da observação feita da prática em maternidades e dos atendimentos domiciliares às mulheres no ciclo de vida gravídico-puerperal, e dos estudos advindos do interesse em compreender os modos de subjetivação produzidos no âmbito social, histórico e cultural com relação à figura materna (gestante ou puérpera¹) e suas repercussões nas práticas assistenciais.

Propomo-nos, então, a investigar as reverberações de mitos e crenças nas práticas discursivas em torno da figura materna no âmbito sociocultural a partir da análise do discurso de mulheres que se submeteram à proposta do parto humanizado. Percebemos o quanto essas escolhas estão impregnadas pelo discurso vigente, o da humanização do parto e do nascimento. Esse discurso, que gerou um saber sobre as formas de gestar um filho e de tê-lo, surgiu em resposta ao saber médico-intervencionista nos anos 50. Trata-se de um Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento composto por profissionais de camadas médias que buscavam modificar a assistência ao parto, em geral, e no âmbito da saúde pública. Norteados pela REHUNA (Rede Nacional pela Humanização do parto e do Nascimento) preconizavam as noções de natureza e a ideia de humanização do parto e do nascimento como formas de “empoderamento”² da mulher. Essa compreensão é atrelada à noção de maternidade, à constituição do gênero feminino, positivando o processo feminino de parir, feita pelo movimento.

¹O período puerperal inicia-se após a dequitação da placenta ou pela cessação de sua função endócrina nos casos de morte ovular, e divide-se em três etapas (Vokaer, 1955): puerpério imediato (1º ao 10º dia), puerpério tardio (10º ao 45º dia) e puerpério remoto (após o 45º dia).

²O empoderamento (empowerment) possibilita tanto a aquisição da emancipação individual, quanto a consciência coletiva necessária para a superação da “dependência social e dominação política” (Pereira, 2006).

Tendo em vista os pontos centrais do ideário do Movimento pela humanização do Parto e do Nascimento no Brasil, lançaremos, a partir de uma ampla reflexão, ideias que problematizem e complexifiquem a discussão, relativizando-a. Para isso, revelaremos seu processo de produção, a fim de melhor compreender seus efeitos no sujeito. Sendo assim, neste trabalho, tomamos como foco de análise os mecanismos e as estratégias de poder-saber que, nas culturas ocidentais modernas, permitem definir e apresentar a maternidade como se esta fosse uma essência, monolítica e a-histórica, inscrita na anatomia, fisiologia e psique da mulher. Por esse caminho, escolhemos nos aproximar das teorizações pós-estruturalistas utilizando, como estratégia metodológica, as análises foucaultiana e derridiana. Entretanto, faz-se necessário pontuar que outros atravessamentos se apresentam, como um olhar antropológico em alguns determinados pontos e um olhar da história em outros.

Cabe também pontuarmos que, com o objetivo de fundamentar essa discussão, desenvolvemos uma revisão da literatura sobre as representações maternas na história das mentalidades, desde o movimento higienista no Brasil do século XIX até os dias de hoje. Para isso, iremos analisar a memória coletiva (Pollak, 1989) sobre a figura materna ao longo desses anos para melhor compreendermos as repercussões desse legado histórico nos discursos midiáticos, médicos, sociais, políticos, psicológicos, assim como nos discursos e nas escolhas assistenciais das gestantes e mães na contemporaneidade.

Na análise dos discursos, levaremos em consideração a ação politizadora do movimento, que à medida que busca a conscientização da mulher sobre o parto e o nascimento do filho, critica a obstetrícia tradicional e, ao mesmo tempo, articula elementos do feminismo, do ecologismo e da medicina baseada em evidências.

Ao observarmos que por meio do discurso que se produz com o movimento do parto e do nascimento geram-se modos de parir, de nascer, percebemos, nesse processo, a mulher novamente como objeto de um outro saber-poder, desta vez não mais advindo da medicina tradicional, mas de um movimento que propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil.

Essa mudança produz outros modelos de parir e nascer que impregnam a consciência de muitas mulheres e da própria sociedade como verdade última. No

entanto, os efeitos colaterais de uma prática calcada em ideários podem nos levar a um discurso radical sobre o tema. Como nos conta Tornquist,

Trabalhos teóricos importantes têm sido feitos por profissionais e pesquisadoras identificadas com o ideário do movimento, sobretudo no que tange à crítica do modelo hospitalar, hegemônico em muitos países, radicalizando a crítica assumida pela OMS a esse modelo e levantando pertinentes questões acerca das iniciativas que pretendem afinar-se com a categoria polissêmica de ‘humanização’ (2002, p. 484).

Se, por um lado, temos na sociedade moderna um declínio referente às atividades rituais das “principais transições da vida – nascimento, adolescência, casamento e morte” (Giddens, 2002, p. 138), por outro, tentamos resgatá-las a fim de promover certo amparo psicológico para o indivíduo enfrentar as dificuldades inerentes a tais transições. Entretanto, por vezes, essa tentativa de seguir uma tradição nos faz romantizar o passado como se ele fosse sempre bom, sem percalços.

Esse impasse motivou-nos a percorrer os discursos disseminados, tanto pela medicina tradicional quanto pelo movimento do parto e nascimento humanizados. Entendemos que os dois caminhos, aparentemente antagônicos, motivaram antigas formas de dominação, de busca de uma verdade, gerando outras formas de sofrimento, outros modos de gerar, de parir, produzindo desejos antes não fomentados, como o do parto humanizado.

Ao desnaturalizar esses conceitos, buscamos ver historicamente como se produziram determinados efeitos de verdade nos discursos e nas práticas, que não são, em si, nem verdadeiros nem falsos. Dessa forma, aproximamo-nos de Foucault, Deleuze, Guattari, dentre outros, pois cada um deles, a seu modo, procurou pensar a constituição dos saberes e das práticas sem buscar revelações de verdade e cientificidade.

Assim, pretendemos desvelar ao longo dessa dissertação os ecos de nossa análise, por meio da experimentação. Dito de outra forma, procuraremos alterar os processos hegemônicos de subjetivação em curso, que representam o imaginário social vigente (Bourdieu, 1997; Del Priore, 1997; Lévi-Strauss, 1985; Minayo, 1995; e Singly, 1993). Seguindo o rumo dessas reflexões, estruturamos em cinco capítulos essa dissertação, a fim de investigarmos as entrelinhas desse novo modo de maternidade.

No segundo capítulo, apresentamos de maneira geral os conteúdos trabalhados ao longo da dissertação. Nesse momento, traçamos em linhas gerais aquilo que nos motivou a sustentar o desejo de confeccionar este trabalho. Ao mesmo tempo, tentamos atravessar a apresentação, com um posicionando teórico, mostrando-nos enquanto agentes implicados com seu objeto de estudo.

No terceiro capítulo, abordaremos a história da figura materna, buscando em Walter Benjamin inspiração quanto ao processo de historiar. Nesse sentido, a mãe má e a mãe boa nos serviram como analisadores da maneira como o contexto sociohistórico influencia em nossa constituição subjetiva.

No quarto capítulo, discutiremos o tema da humanização do parto e do nascimento, propondo uma “marcha inversa” dos fatos. Para isso, recorreremos à visão dos autores pós-estruturalistas, como Michel Foucault, Jacques Derrida, e alguns interlocutores dessa forma peculiar de pensar o mundo.

A tônica deste capítulo recai na representação social da mulher-mãe, na politização do feminino e da maternidade contemporânea, tendo em vista que vivemos tempos em que somos atravessados por forças que nos destituem de nosso poder de criação. Resta-nos consumir algo que acreditamos querer, que acreditamos ser nosso.

No quinto capítulo, daremos voz às mulheres-mães que compram o “parto dos sonhos”, aquele que veio para resistir aos preceitos da medicina tradicional, mas que, por fim, sucumbiu aos encantos da certeza, da verdade, do caminho reto. Analisaremos depoimentos de quatorze mulheres, disponibilizados em sites especializados em Parto Humanizado. Destacamos quatro temas: 1) Parto humanizado: uma alternativa à industrialização do parto, 2) Práticas produtoras de desejos, 3) Parto dos sonhos, o parto ideal: a mulher como protagonista, e 4) Cesariana: frustrações e tristeza quando se quer um parto naturalmente “natural”.

Finalizando, refletimos sobre os elementos instituintes presentes nos depoimentos dessas mulheres, e apontamos as fissuras nos modelos hegemônicos de maternidade. Trilhando outros caminhos, podemos romper com o instituído, gerando outros modos de existencialização, apontando outros modos de ser mãe que escapem às universalizações. Ressaltamos que os indivíduos podem experimentar o que está para aquém e além de si, podendo, então, outrar-se, (re)inventar-se. Assim, vislumbra-se a emergência de devires-outros,

possibilitando a criação de condições para que se construam, de forma autônoma, novos territórios com os componentes da subjetivação.

2

A proveniência do amor materno

2.1

Século XVIII: sentimento de família e sentimento de infância, as famílias se transformam



Figura 1: Jean Renoir com Gabrielle Renard, Pierre-Auguste Renoir(1895)

Para alguns historiadores franceses, como Ariès (1978) e Donzelot (1986), a família é uma construção sociocultural que se transforma no tempo e no espaço, segundo os contextos históricos específicos, que lhes dão características especiais, de acordo com os valores, a cultura, a crença e os hábitos existentes.

No caso da história da sociedade ocidental, a intervenção do Estado moderno em aliança com os especialistas de saúde cumpre o papel de transformar as relações familiares segundo o modelo nuclear, pautado na intimidade, fechado à sociabilidade pública. Esse modelo constitui a família como algo inteiramente novo, sem precedentes na história da humanidade, no qual o dever paterno é de proteção baseado no sentimento de amor. A afeição agora presente nas famílias é registrada por Ariès (1978) na Europa no fim do século XVII e início do século XVIII, o que não existia em outros tempos.

Nesse contexto histórico nasce o “sentimento de família” conjuntamente com o “sentimento de infância”, em parte devido ao processo de privatização da vida familiar, que tinha como objetivo melhor cuidar das crianças. Com a

privacidade e a intimidade na família, produz-se a “domesticidade” (Shorter, 1995) de seus membros. Como aponta Costa (1979), a intimidade doméstica passa a ser valorizada com a argumentação de que a família para educar os filhos precisaria preservá-los de influências externas. Dessa forma, a família torna-se a “base dos Estados”, a “célula social”, assumindo uma função moral e espiritual. Assim sendo, a família moderna, além de ser o lugar da intimidade e da privacidade, é também o lugar da transmissão da cultura por meio dos bons hábitos. Seus efeitos duradouros, praticamente invisíveis, consolidam na personalidade do indivíduo desde pequeno os bons hábitos, prevenindo, com isso, as “más inclinações”, fortalecendo, dessa maneira, o Estado (Ariès, 1978; Costa, 1979). Com isso, a família passa a ser esse lugar privilegiado para cuidar, guardar e proteger o futuro cidadão.

Nesse cenário familiar normatizado pelas forças do Estado concede-se um lugar privilegiado à mulher-mãe. Como estratégia sociopolítica, estabelecem-se novas normas de funcionamento familiar, baseadas no papel da mulher burguesa como responsável pelos cuidados com a criança, zelando pelo seu bem-estar emocional e, portanto, atenta ao desenvolvimento saudável de sua prole (Gomes, 1999).

No Brasil oitocentista, segundo Aragão (1995), a figura da mulher-mãe se decomporia em duas figuras: a de uma mãe biológica, a cujo corpo não se tem acesso, sendo socialmente reconhecida, e uma mãe preta, à qual se tem acesso mas que não é socialmente reconhecida. Essa mulher-mãe burguesa ainda não convertida ao modelo de “mãe amorosa alimentando o bebê” incomoda uma nova sociedade que irá se constituir. Com efeito, surge em meio ao século XIX a normalização médica da família brasileira a fim de reestruturá-la. Para tanto, os higienistas brasileiros instauraram o controle educativo-terapêutico como modo de regulação política da vida dos indivíduos. Uma das características que o controle higiênico atribui à família moderna é a responsabilidade de dedicar-se aos filhos.

Submetida às regras e às normas dos higienistas, à mãe, sobretudo, é atribuída a função de educar e de formar moralmente os filhos. Para isso, a higiene lança mão da culpabilização como um importante dispositivo de controle. A mãe-higiênica, convertida ao amor filial e ao consumo de serviços médicos, conjuga perfeitamente sexo, estabilidade conjugal e responsabilidade com os filhos. Isso ocorre na medida em que a sexualidade feminina é circunscrita à zona

de controle da mãe por meio da gravidez e da amamentação, épocas em que as relações sexuais são abolidas ou mesmo restritas pelos higienistas, enquanto o prazer em cuidar do filho é incentivado.

Uma outra estratégia de controle do movimento higienista é o enaltecimento do amor no casal para a manutenção do casamento (Badinter, 1985; Costa, 1979). A família amorosa tem como função contornar os inconvenientes que poderiam desarmonizar o casamento. Para tanto, a medicina contribui fixando padrões de condutas típicas de homens e de mulheres, apresentando-os como imperativos da natureza. Assim, segundo Costa (1979), o amor serve como referência para a diferenciação entre os sexos. Entretanto, o modo como cada um iria lidar com esse sentimento foi marcado segundo pressupostos sociais criados na higiene.

É, portanto, o momento em que a higiene, a partir do amor, consegue uma manobra ambiciosa: converter quase que completamente a figura sentimental de homem na de pai e a da mulher na de mãe, sendo, de agora em diante, um padrão regulador da existência social e emocional de homens e mulheres. Essa tática higienista de controle dos corpos reduz a mulher à figura de mãe-higiênica, como fez com a figura do patriarca ao novo pai. Com isso, se impõe uma diferença que marcará as mulheres não convertidas, como as prostitutas em “mundanas”.

Entretanto, essa manobra higiênica para “domesticar” a mulher-mãe não obteve resultados rápidos. Como nos diz Badinter (1985), a mulher-mãe, ainda no século XVIII, não se interessa pela sua prole. Predominava, segundo Áries (1986), a indiferença materna. Aos poucos, a imagem de mãe vai se modificando. Várias publicações endereçadas às mães ressaltavam a importância do cuidado materno dos filhos e de amamentá-los obrigatoriamente. Mas, afirma Badinter (1985), essas mudanças, na prática, se fazem mais tarde.

2.2

No Século XIX: *vocare* para a maternidade



Figura 2: Mãe e criança, Pierre-Auguste Renoir (1881)

O método utilizado para efetivar a consciência materna é o de propagar a ideia da mulher nascer não só para a família, como também para a maternidade. Com isso, o destino da mulher passa a ser duplo: estabelecer o encanto e manter doce laço da família (Freyre, 2006). Essa “vocação” é perceptível desde a mais tenra idade na menina, por meio de seus sentimentos sempre ternos e doces - prerrogativas naturais para quem nasceu para exercer as funções de amante, esposa e mãe. Esses mesmos sentimentos fazem com que ela suporte os maiores sacrifícios em favor do seu filho. É precisamente a partir da emancipação da mulher do poder patriarcal e da apropriação da mulher pelo poder médico, que a mãe higiênica nasce.

Só é possível entendermos a formação da mãe-higiênica, devota ao lar, ao casamento e aos filhos, quando reconhecemos no discurso higiênico a tentativa de naturalizar a vocação de ser mãe. Isso ocorre no período pós-colonial, quando o Estado se dá conta de que a mulher, herdeira dos costumes coloniais, não amamenta seus rebentos. Naquele tempo, a mulher da elite simplesmente não amamenta por acreditar que seu leite não é vital à vida dos filhos. Sem culpa, ela acaba se interessando em consumir seu tempo com modas, festas e diversões.

Diante dessa realidade, a higiene codifica o comportamento de recusa ao aleitamento por parte das mães como infração às leis da natureza. Sendo assim,

para os higienistas, o não amamentar significa romper duplamente os cânones naturais, por não se comportar como todas as fêmeas da classe dos mamíferos, assim como contrariar sua vocação “natural” de ser mãe, conforme os preceitos higiênicos.

Pouco preocupados com a lógica de seus argumentos impositivos, os higienista criaram, na comparação entre a mulher e as fêmeas animais, lições de moral materna. Afinal, era preciso acreditar que a boa mãe não recusa as mamas a seus filhos. Esperava-se a partir da comparação, criar na mulher o constrangimento por não amamentar, gerando nelas a culpa por serem “más, egoístas e incompetentes”. Da comparação entre a mulher e as fêmeas animais eram extraídas várias lições de moral materna, que deveriam ser gravadas desde a mais tenra idade da menina.

Somente no século XIX, período em que a criança de elite passa a ter importância econômico-política, o aleitamento materno tem lugar de preocupação e discussão. Segundo Badinter (1985), nessa época, a mulher é impelida a exercer a função de mãe prioritariamente, resultando num entendimento dessa prática como natural da mulher. E, mais ainda, algo condiz com seu instinto materno, criando-se o mito do amor espontâneo que toda mulher tem naturalmente pelo filho.

Vale lembrar que o ato de amamentar e o de ser mãe é uma imposição natural da ordem do instinto, difícil de transgredir, pois biologicamente qualquer mulher está capacitada a amamentar o filhote do homem. Assim, cabe à mulher cumprir o seu destino natural - amamentar e cuidar da prole -, sendo sua recusa, aos olhos dos higienistas, um ato de desamor por parte de uma “mãe desnaturada”.

As intervenções disciplinares propostas pelos higienistas em favor da amamentação, tanto visam a proteger a vida das crianças, quanto a regular a vida da mulher. Dessa maneira, não há espaço para a mulher manifestar seus desejos e anseios. Restrita ao lar e aos cuidados com a prole, a insatisfação feminina torna-se motivo de preocupação para os higienistas, pelo risco que coloca à manutenção da criança, da família e do Estado.

Pensando nisso, o discurso higienista reforça a percepção materna da nobreza de amamentar. Para tanto, a higiene convida a mulher a trilhar um novo caminho, um caminho mais prazeroso pela via da amamentação. Sendo assim, o

aleitamento coloca a sexualidade da mulher a serviço da família. Nesse momento, abre-se espaço para a concentração do interesse sexual da mulher sobre a prole, incitando a sexualização da relação mãe-filho para que a vida da infância e da família conjugal sejam garantidas.

2.3

Século XX: mulher-mãe na contemporaneidade, da casa para um mundo de possibilidades



Figura 3: O almoço dos remadores, Pierre-Auguste Renoir (1881)

Se a domesticação da mulher-mãe na modernidade é necessária para a formação da família nuclear, a relação mãe-bebê, intensificada pelo isolamento e intimidade da família, contribui para a existência do amor materno e para o surgimento da solidariedade. Com isso, cada vez mais a família é percebida como um refúgio idealizado, um mundo exclusivo a ser vivenciado (Sennett, 1993).

Na contemporaneidade, contaminada pelos valores democráticos, a família, além de se basear na intimidade, busca na comunicação livre e aberta o diálogo e a democracia. Tendo direito à livre escolha, mesmo que essa seja regulada pelo saber médico-psicológico, a família segue o rumo da imprevisibilidade, por não haver um único parâmetro a ser seguido. Em decorrência disso, inúmeras configurações familiares ganham visibilidade ou mesmo surgem nesse período. Contudo, essa ideia de diversidade não ofusca os valores da família, que continuam regulando as relações.

Verificamos que com a mudança no modo de funcionamento social e cultural das sociedades pós-modernas, e com a rápida expansão do consumo e a comunicação de massa, há um enfraquecimento das normas autoritárias e

disciplinares, que outrora regulavam os indivíduos. Essa transformação instaura a exacerbação do individualismo, o que nos conduz à flutuação das identidades pessoais e das incertezas nas relações familiares.

Nesse cenário, não mais nos empenhamos em nos sacrificar pelo ideal da Nação. Agora, na sociedade que se apresenta, o Estado recua, a religião e a família se privatizam, e a sociedade de mercado se impõe. Desencantados com os grandes projetos coletivos, criamos uma nova forma de existir, atrelada à individualização das condições de vida, ao culto do eu e das felicidades privadas. (Lipovetsky, 2004).

Na sociedade do narcisismo, assim nomeada por Lasch (1980), a exaltação do eu e a estetização da existência são realizadas pelos indivíduos. Para tanto, a busca pela valorização da individualidade se dá pela imagem. No caso da mulher, evidenciamos nos meios midiáticos a forma de ser mulher: sensual, macérrima, inteligente, bem-sucedida profissionalmente, e mãe. Assim, a mulher se transforma numa máscara para a exterioridade.

Segundo Guattari e Rolnik (2005), constantemente injetam-se representações nas mães como parte do processo de produção subjetiva. Essa espécie de formação permanente de como ser mãe, muitas vezes, não corresponde à realidade da mulher comum. Para a mãe contemporânea é difícil atender à demanda imposta pela sociedade de conciliar trabalho, maternidade e casamento.

Mesmo que seus recursos financeiros lhe permitam colocar os filhos na creche e contratar uma babá para ajudá-la, a mulher atual tenta dar conta de seu mundo privado sozinha, para ser valorizada como individualidade. Como qualquer mulher, dela ainda são cobradas beleza, juventude, e desejo de ser feliz, mesmo que isso estremeça a vida que leva em família.

Se há liberdade de escolha é porque ela é produzida por um conjunto de forças que faz irromper, em um dado momento, a si mesma como preferência. Nesse sentido, o fato de optar nos constitui ao mesmo tempo que o constituímos como escolha. Desse modo, podemos nos perguntar: que forças fazem a escolha da mulher pela maternidade no mundo contemporâneo? Afinal, parece que para a mulher moderna a conta não fecha, pois existe sempre o dever para com a sociedade, seja como profissional, seja como mãe, seja como dona-de-casa, seja como esposa, ou amante.

Com isso, produzimos um paradoxo: há a liberdade de escolhas, mas, paralelamente, esperamos um modo de existencialização da mulher, por vezes inconciliável com seus desejos mais íntimos. As recomendações do Ministério da Saúde quanto ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses do bebê utiliza o argumento de que é “bom para a mãe, o bebê e a família”. Partindo desse princípio, se universaliza uma ação prática por meio de regras definidas passo-a-passo para todas as mães. Nas palavras de Costa,

a regulação é o mecanismo de controle que estimula, incentiva, diversifica, extrai, majora ou exalta comportamentos e sentimentos até então inexistentes ou imperceptíveis. Pela regulação os indivíduos são adaptados à ordem do poder não apenas pela abolição das condutas inaceitáveis, mas, sobretudo, pela produção de novas características corporais, sentimentais e sociais (1979, p. 50).

O dispositivo da culpa ainda se faz presente no discurso social, no entanto pouco parece reverberar na mãe contemporânea, que se contenta em passar algumas horas com o rebento. A excessiva responsabilidade com a educação e a saúde de outrora, dá lugar a outras práticas, como comprar brinquedos sofisticados, viajar, colocar numa boa escola, o que aponta para uma questão contemporânea: o ter (Hays, 1998; Lasch, 1980; Bauman, 2001).

A maior liberdade sexual e o controle da procriação em face ao surgimento da pílula anticoncepcional, na década de 60, possibilitou a entrada da mulher no mercado de trabalho (Vaistman, 1994). Entretanto, como afirmam Averbuch, Anele e Arlaque (1995), a sociedade “vê com maus olhos o “abandono” dos filhos por causa do trabalho” (p. 31), suscitando nas mães trabalhadoras um sentimento de culpa. Diante disso, muitas mães que trabalham fora costumam relacionar diretamente qualquer problema apresentado pelos filhos à sua ausência (Rocha-Coutinho, 2005).

Sabemos que, desde os séculos XVIII e XIX, a responsabilidade pela criação das crianças recai sobre a mãe (Hays, 1998). Essa premissa se consolidou e permanece nas práticas discursivas extraídas do poder normalizador.

A história nos mostra que, na passagem do século XIX para o século XX, os teóricos da psicanálise, como Melaine Klein, Donald W. Winnicott, Paula Heimann, entre outros, e da psicologia do desenvolvimento, René Spitz, Jean Piaget, Lev Vygotsky, Erik Erikson, John Bowlby, entre outros, reafirmam a

relevância da figura materna para o bom desenvolvimento da criança, principalmente nos primeiros anos de vida, quando seu psiquismo está se formando.

Melaine Klein é a primeira psicanalista que voltou seu interesse clínico à criança no início do século XX. Foi seu interesse pela origem da psicose que a levou às relações arcaicas do bebê com a mãe, maternalizando-a, assim, sob o prisma da psicanálise. Dessa forma, Klein coloca a mãe como objeto de todas as projeções odiosas e funcionais do bebê (Klein, 1986), inflando, com isso, a figura materna de tal forma que a faz perder toda a sua condição humana.

Mesmo em trabalhos mais recentes ainda vislumbramos influências dessa teoria, o que para a psicanalista Roudinesco (2003) resulta numa visão perversa ou psicótica das relações de parentesco, sugerindo que a mãe é insubstituível e, portanto, responsável absoluta pelo desenvolvimento saudável do bebê. Entretanto, percebemos que existem outras leituras, tanto na psicanálise quanto na psicologia do desenvolvimento que reconhecem, para além da mãe concreta e humana, os aspectos multifatoriais fazendo parte da formação do psiquismo do bebê.

2.4

Século XIX: dominação tecnológica da maternidade

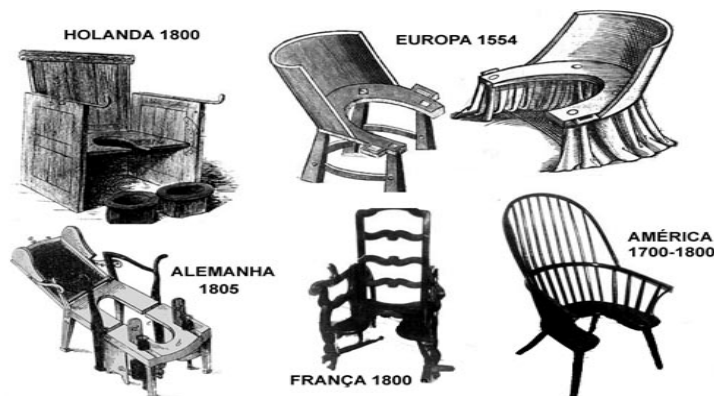


Figura 4: Cadeiras de parto na história da maternidade a partir do século XVI

A produção e a apropriação do conhecimento tecnológico no atendimento ao parto se deu de várias maneiras. Dados históricos nos trazem notícias de parteiras assistindo a partos já no Período Paleolítico Superior, na Pré-história. Contudo, será no período medieval que as parteiras serão regulamentadas e utilizarão técnicas e instrumentos específicos para parto, como as cadeiras. A tecnologia do parto vai se configurando, assim, uma característica na Modernidade, quando a figura do médico entra em cena, e os primeiros livros de obstetrícia são publicados. Os aparatos tecnocientíficos vão se sofisticando cada vez mais com os avanços da ciência na contemporaneidade, e o parto passa ao domínio médico. Por conseguinte, os nascimentos começam a ser atendidos, quase que exclusivamente, por médicos obstetras em maternidades, com o intuito de diminuir as mortes ocorridas no período puerperal.

Para compreender devidamente essa mudança é preciso inscrevê-las no campo da biopolítica, constituinte da modernidade ocidental. Podemos dizer que pela mediação da biopolítica ocorre uma medicalização do espaço social, pela qual a medicina passou a regular os corpos no registro individual e coletivo. Com isso, pretende-se engendrar a qualidade de vida da população (Foucault, 1979), sendo essa a marca da riqueza das nações. A população se transforma, portanto, em objeto e alvo do poder, o que não ocorre anteriormente. Nesse contexto, o biopoder é então uma das modalidades específicas adotadas pelo poder. Para Foucault, essa é a política de nosso tempo, que possibilita que a vida humana seja

simultaneamente produzida e aniquilada por meios tecnocientíficos (Duarte, 2006).

A consequência desse regime é que, do nascimento à morte, as diferentes idades da vida passam a ser objetos da vigilância biopolítica. Essa dominação atravessa a maternidade contemporânea, que evoca a antiga discussão sobre o papel feminino, quando propõe modos de ser mãe.

Em seu mais recente livro, Badinter (2010) afirma categoricamente que “há uma tirania da mãe perfeita”, e que “uma boa mãe”, nos dias de hoje, segundo as teorias ecológicas, é aquela que amamenta durante pelo menos os seis meses do bebê, não coloca o filho em creches tão cedo, porque deve existir uma proximidade maior com a criança, e, por fim, não usa fraldas descartáveis nem alimentos industrializados. Diante desses imperativos, Badinter acredita haver um retrocesso ideológico relativo ao papel materno, com um regresso ao naturalismo na maternidade e a culpabilização da mãe, que se vê pressionada a se posicionar como uma espécie de “supermãe”, deixando para um outro momento a vida profissional.

Para a filósofa, a sociedade impõe um único modelo de maternidade a ser seguido, o da mãe disponível para os filhos e que amamenta. Contrapondo-se ao discurso conservador, Badinter enfatiza a importância do direito à escolha e à autodeterminação individual. Afinal, ela identifica um saber sobre o corpo e um controle sobre suas forças que podem nos tornar indivíduos incapazes de esboçar qualquer reação. São as “tecnologias políticas do corpo”, articuladas como novos dispositivos de controle, que instituem formas, estilos e modos de ser mãe.

3

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; corrigi 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 aguçar seu controle 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 a 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 leas, 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 prevalecentes, 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 desaticula 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 suprir 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 interveccionismo. 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 tecnologicado, 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 antecipar 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. Envolve 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

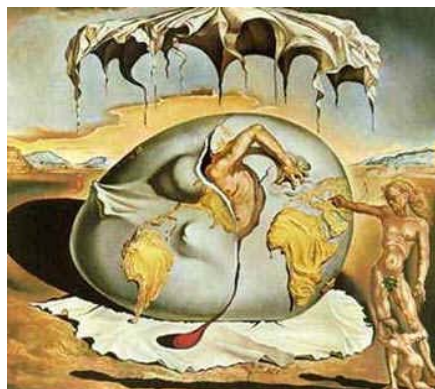


Figura 9: Criança geopolítica observando o nascimento do novo homem Geopoliticus, Salvador Dalí (1943)

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.

4

Sobre a representação social da mulher-mãe: algumas reflexões

4.1

A “politização do feminino e da maternidade”: práticas discursivas e representações sociais

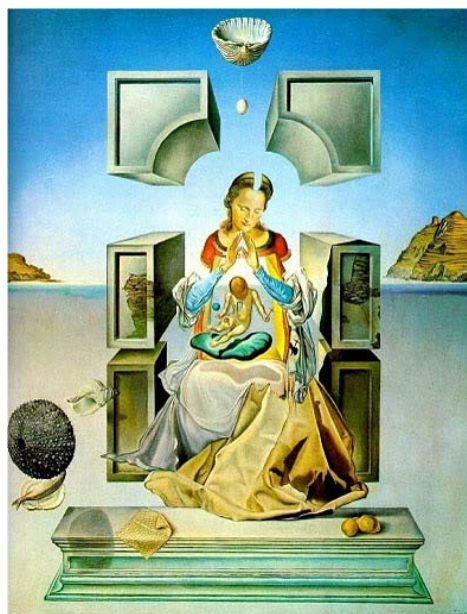


Figura 10: Madonna de Port Lligat, Salvador Dalí (1949)

Durante os séculos XVII, XVIII e XIX, na Europa, ocorre a confluência de três movimentos sociais distintos e não-coincidentes no tempo: a urbanização, a instauração e o fortalecimento do sistema capitalista de produção e a formação e consolidação dos Estados nacionais. Nesse encontro, segundo Meyer (2005), incorpora-se e posiciona-se a mulher, como mãe, no centro das “políticas de gestão da vida” nas sociedades ocidentais modernas.

Essa discussão é fundamental e apenas ensaia seus primeiros passos para entendermos uma nova tecnologia de poder-saber que funciona se apropriando da vida desde o orgânico ao biológico (Foucault, 1999), investindo no corpo, na saúde, nas maneiras de se alimentar e morar, nas condições de vida, em todo espaço da existência. Trata-se de um exercício de poder que se faz em meio aos

processos coletivos, tomando a população como alvo de regulamentação, de cuidado.

O processo de gestão da vida, nomeado por Foucault (1993, p. 135) de “biopolítica”, articula técnicas disciplinares com procedimentos reguladores constitutivos da “política da vida”. Sendo assim, a vida de cada ser humano, sempre colocada em relação à vida da população, está em questão. Nesse contexto, processa-se “a medicalização (e a educação) minuciosa dos corpos e dos sexos das mulheres em nome das responsabilidades que elas teriam relativamente à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (Foucault, 1993, p. 137).

Nessa direção, pode-se perceber que o discurso médico colabora na promoção de uma nova forma de relação mãe-filhos, sobretudo pelo favorecimento de características específicas para o papel materno. Com isso, produz-se um modo de subjetividade que modela seus comportamentos, sua percepção, sua memória, sua sensibilidade e a forma como se relacionam.

Segundo Moura&Araújo (2004), parte-se, pois, da ideia de que o valor dado ao relacionamento mãe-criança nem sempre foi o mesmo, como afirmam as revisões históricas acerca da instituição familiar (Ariés, 1981, Badinter, 1985, Chodorow, 1990, Donzelot, 1986). Isso significa dizer que as variações, as concepções e práticas relacionadas à maternagem são produzidas por uma série de agenciamentos sociais, dentre os quais os discursos e práticas científicas assumem um importante papel.

Na história da civilização ocidental, por exemplo, vemos surgir, a partir do século XVIII, um mito construído pelos discursos filosófico, médico e político: a exaltação ao amor materno, tradicionalmente descrito como “instintivo” e “natural”. Pensada como função feminina por excelência, a maternagem, por longos anos, é compreendida como intrinsecamente relacionada à maternidade e, portanto, concernente à natureza da mulher. Entretanto, vale lembrar que essa premissa de que a mãe biológica é que irá naturalmente amar o filho faz parte da tradição judaico-cristã, como ilustra a passagem do livro dos Reis, em que o rei Salomão identifica a verdadeira mãe pelo amor que ela tem pelo seu bebê.

Diferentemente dessa visão naturalista, alguns autores acreditam que essa dedicação da mulher ao papel materno deva-se muito mais “a uma transposição social e cultural das suas capacidades de dar à luz e amamentar” (Chodorow,

1990). Nessa direção, entre 1943-45, o dramaturgo alemão Bertold Brecht, inspirado por uma lenda chinesa datada de 1200, escreve “O Círculo de Giz Caucasiano”.

Resumidamente, podemos dizer que essa é uma peça teatral em que as cenas iniciais emolduram a história de Gruscha e de seu menino de criação, Miguel, filho da viúva do Governador, a mãe de sangue, que tendo abandonado o filho em meio a uma revolta política, reivindica-o depois de restabelecida a ordem social. Resta ao juiz estabelecer regras para essa disputa, que consiste em duas mulheres puxarem o menino para si, arrastando-o para fora do círculo de giz. Gruscha perde ao preservar a integridade física do menino, não empregando força para não machucá-lo, o que a faz, em contrapartida, ser reconhecida pelo juiz como verdadeiramente maternal, diferentemente da mãe de sangue.

Assim, Brecht interfere no modo de pensar maniqueísta de nossa época e propõe a dialética, ao trazer à tona a ideia da maternidade como cuidado ou mesmo como criação de um outro, ao invés de recorrer à instituída natureza feminina. Decerto que essa discussão brechtiana está em conformidade com aquilo que estamos problematizando nesse trabalho, o mito da boa mãe.

Nesse sentido, Forna (1999) é contundente ao afirmar que o mito da maternidade é o mito da mãe perfeita. Em meio às expectativas sociais, a mãe perfeita deve ser devotada não só aos filhos, mas a seu papel de mãe. Deve ser compreensiva com os filhos, dando a eles amor incondicional. Deve ser capaz de enormes sacrifícios, além de ser fértil e ter instinto maternal, sendo a melhor para cuidar corretamente dos filhos. Dessa forma, ela deve incorporar todas as qualidades tradicionalmente associadas à feminilidade, tais como acolhimento, ternura, intimidade. Assim, só podemos conceber uma forma de ser mãe, um estilo de maternidade exclusiva, aprisionada, constituído no seio da família moderna. No entanto, ainda hoje, a ideologia da maternidade idealizada permeia todos os aspectos da vida, entra pelos nossos olhos e ouvidos via televisão, revistas, jornais, livros, filmes, entre outros meios.

Impregnados pela crença de que a mãe ideal é “natural”, naturalizamos a ideia de que todas as mulheres portam o desejo de ser mãe, mesmo que secretamente. A revelação desse desejo de fato pode nunca vir à tona, mas a nossa cultura investe na concepção infundada, segundo Forna, de que “a premência de ter filhos atinge todas as mulheres em determinado momento” de suas vidas

(1999, p. 13). Parece que todas mulheres são feitas com o mesmo molde, com as mesmas respostas biologicamente programadas.

Entretanto, houve períodos na história em que as mulheres pareciam não ligar para o filho, sendo comum deixá-lo, ainda recém-nascido, na casa da amade-leite ou mesmo matá-lo como forma de planejamento familiar. Forna (1999) sinaliza que nos primeiros anos da América colonial os pais, não as mães, são os mais indicados para criar os filhos. Porém, no último terço do século XVIII, o foco ideológico que se desloca progressivamente da autoridade materna ao amor materno impunha, como um dos seus imperativos, a sobrevivência das crianças, por conta dos interesses da nova ordem econômica que passa a vigorar com a ascensão da burguesia.

Em defesa da criança, centraliza-se na mulher da classe abastada os cuidados e a educação dos filhos, protegendo-os das “influências negativas” dos serviçais. Nesse cenário, surge a medicina doméstica que investe sobre o corpo, a saúde, as formas de se alimentar e morar, ocupando, enfim, o espaço completo da existência humana.

Nesse sentido, vemos ao longo dos séculos XIX e XX proliferarem os discursos sobre cuidados a serem dispensados aos corpos femininos, “cuidados estes cada vez mais rigorosos e precisos”, sobretudo quando se trata de corpos de mulheres-mães (Knibieler, 1996, p. 359). Forma-se uma rede discursiva de cuidados específicos, do pré-natal, da medicina, da psicanálise, das tecnologias, da nutrição, que aos poucos se intensificam sobre esses corpos. Dessa forma, podemos nos referir a uma politização da maternidade, que atualiza, complexifica, exacerba e multiplica investimentos educativo-assistenciais que têm como foco mulheres-mães (Meyer, 2003). Sendo incorporada e difundida pelas políticas de Estado, pelas revistas, jornais, televisão, cinema e publicidade, o modelo de mãe cuidadora, que cuida e se cuida, triunfa ao mesmo tempo que se democratiza, como demonstra Schwengber (2006), quando discute representações de maternidade na Revista Pais&Filhos.

Essa espécie de pedagogia dissimula uma falsa aparência de inocência responsável pela escolha seletiva de um determinado tipo de humano como normativo no mundo Ocidental, qual seja, o bom, como animal doméstico e virtuoso. Assim, escamoteia-se, sob a capa de ensino e disciplina, uma “antropotécnica”, uma espécie de cultura seletiva de um tipo de humano

(Sloterdijk, 2000). Consequentemente, acrescenta-se ao significado clássico do humanismo a amizade do homem para com o homem, a ideia do homem que representa para o homem o poder superior.

Dessa forma, o grau avançado de desenvolvimento tecnocientífico no universo da cultura ocidental, segundo Sloterdijk (2000), nos habilita a tomar conscientemente em nossas mãos a tarefa natural da seleção. Essa condição do homem contemporâneo o coloca à altura da tarefa de seleção biopolítica, portanto, no grau de autodeterminação alçado com a moderna tecnociência. Isso significa dizer que o homem já não pode se furtar impunemente a assumir ativamente o jogo, deixando agir em seu lugar um hipotético poder superior.

Com base nisso, gostaria de aproximar essas ideias a da politização contemporânea da maternidade, ao enfatizar um determinado estilo de maternidade. Esse processo de politização seletivo é produzido e sustentado pela discursividade que também articula e explicita intensamente certos modos de sentir e de viver a maternidade a problemas sociais contemporâneos, em particular de educação e de saúde.

Meyer (2005) assinala que comumente em jornais e revistas nos deparamos com um conjunto disperso, porém recorrente, de anúncios que atribuem o desenvolvimento físico, cognitivo e afetivo saudável do feto e da criança a sentimentos, comportamentos, formas de cuidar e se relacionar com ele ou ela. Isso torna o exercício da maternidade no mundo contemporâneo uma tarefa extremamente complexa, difícil e abrangente. Um exemplo emblemático desse processo é a prática do aleitamento materno, tal como concebida e recomendada hoje.

No entanto, essa prática é uma entre várias que, desde o século XIX, assolam as famílias brasileiras pelas mãos dos médicos. Empenhados em transformar o destino do país, visam produzir indivíduos saudáveis no corpo e no espírito, formulando para isso um projeto de reorganização da sociedade (Martins, 2004). Para tanto, elaboram um discurso reformista sobre as principais instituições, públicas e privadas, que consideram responsáveis pelos graves erros e vícios na formação do povo brasileiro, a começar pela família, seguida da escola, hospitais, entre outras.

Desse projeto de intervenção médica na sociedade resultam textos, a maioria de caráter normativo e escritos em um estilo acadêmico, objetivo e direto.

Esses textos, mais descritivos do que analíticos, abordam sucintamente conhecimentos autorizados pela ciência sobre família, o casamento e a mulher, constituindo o saber sobre a sexualidade, a infância e o corpo feminino.

Desse tempo para os dias atuais, a criação dos filhos continua sendo uma tarefa quase que exclusivamente feminina, sendo iniciada, como assinala Forna (1999), antes mesmo da concepção, com as redes de poder-saber que atravessam e constituem determinados tipos de conhecimento. São esses saberes que sustentam e conformam as políticas e programas públicos com ênfases educativas, com instrumentos de diagnóstico, e com modos de assistir e monitorar mulheres-mães. Dessa maneira, há uma ressignificação da relação mãe-filho, reinscrevendo o corpo materno em um poderoso regime de vigilância e regulação, forjando discursos sobre maternidade. Para Meyer, esses discursos estão na

confluência de quatro movimentos ou forças sociais ao longo do século XX: 1. a ênfase na constituição de um tipo de sujeito inscrito na lógica da racionalidade neoliberal; 2. o aprofundamento das desigualdades econômicas, sociais e culturais que decorre da conjunção da racionalidade neoliberal com o processo de globalização; 3. a produção e o desenvolvimento crescente de conhecimentos e novas tecnologias que descrevem e monitoram o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional do feto, inscrevendo-os (fetos e suas mães) em uma linguagem de controle e de auto-regulação, bem como em uma “gramática da probabilidade e do risco”; 4. a articulação conflituosa de políticas de estado com demandas de movimentos sociais como, por exemplo, do feminismo e o dos direitos humanos, em que a noção de universal é multiplicada e fraturada, o que incide sobre os modos como esses sujeitos de direito se relacionam (2005, p.84).

Observada sob essa perspectiva, a ideia de articulação sugere uma conexão, provisória e historicamente situada, de diferentes discursos sobre maternidade, podendo produzir, a partir de alguns de seus elementos, um outro discurso. Assim, o que conhecemos e apreendemos como unidade resulta de uma articulação contingente, o que nos faz colocar tais unidades em questão. Nesse sentido, podemos interrogar: quais discursos, forças sociais, poderes e conflitos se conectam para produzir, definir, atualizar e reposicionar as maternidades? E quais sustentam o pressuposto de que determinadas formas de pensar, sentir e agir da mãe influenciam impreterivelmente a saúde física e emocional da criança?

Reconhecemos que a suposta “unidade” de um discurso é a articulação de diferentes e distintos elementos discursivos que podem ser rearticulados de diversas formas, uma vez que não possuem uma afinidade absoluta. Sendo assim,

a “unidade” que importa é o elo entre esse discurso articulado e as forças sociais com as quais ele pode, em certas condições históricas, mas não necessariamente, estar conectado.

No contexto dessa discussão, esta ideia de articulação sugere que é na conexão, provisória e historicamente situada, de diferentes discursos sobre maternidade ou de alguns de seus elementos, que se materializa a produção de outro discurso, aparentemente unitário, sobre “a” maternidade e é nesse processo que se define o que chamamos de politização. Ao indicar que aquilo que conhecemos e tomamos como unidade resulta de uma articulação contingente, a noção permite, exatamente, colocar tais unidades em questão.

Entretanto, como resultado ou efeito de práticas articulatórias, a “unidade” possibilita, por um lado, que se opere com a perspectiva de “desarticulá-la”. Por outro lado, ela é também uma estratégia de análise que admite recortar e conectar diferentes teorias, campos de estudo e discursos que ampliam as possibilidades e os alcances da análise. Esses exercícios analíticos, como pontua Meyer (2005), ajuda-nos a “discutir a politização da maternidade na articulação entre discursos médicos, pedagógicos, psicológicos e/ou jurídicos com processos sociais, econômicos e políticos como o neoliberalismo e a globalização, por exemplo” (p.85).

De modo geral, pode-se dizer que a politização da maternidade se dá a partir dos movimentos e forças sociais que se articulam na contemporaneidade, produzindo práticas discursivas e representações sociais. Desde o final do século XIX e início do século XX, surge nos países ocidentais um debate sobre a politização da maternidade com as chamadas feministas maternalistas. Ao reivindicarem e se envolverem com ações de proteção à maternidade e à infância, elas propunham uma discussão política sobre a maternidade e direitos maternos bastante complexa e diferenciada para a época (Meyer, 2005).

Vale dizer que o feminismo, ao questionar a clássica distinção entre o privado e o público, traz à tona, nas arenas acadêmica e política, temas relacionados à família, à sexualidade, ao trabalho doméstico, à divisão sexual do trabalho e ao cuidado com as crianças como capacidade inata da mulher, que antes não são considerados. Nesse sentido, é que podemos dizer que o feminismo, como movimento teórico, social e político, tem um profundo impacto sobre os modos pelos quais o sujeito e a identidade são conceptualizados na modernidade.

De fato, o feminismo coloca em xeque a maternidade como destino natural para as mulheres, quando reavalia os pressupostos biologicistas que traduz a maternidade como instinto. Nesse sentido, Badinter (1985) nos diz que as atitudes maternas não pertencem ao domínio do instinto, mas continua-se a pensar que o amor da mãe é tão forte que talvez tenha ligação com a natureza. Esse amor é, segundo a autora, dotado de diversidades, sendo um sentimento humano e, como tal, frágil e imperfeito. Não é, portanto, um sentimento inato, mas que se desenvolve através das oscilações socioeconômicas e culturais da história.

4.1.1

A Estetização Contemporânea da mulher-mãe: uma nova cartografia

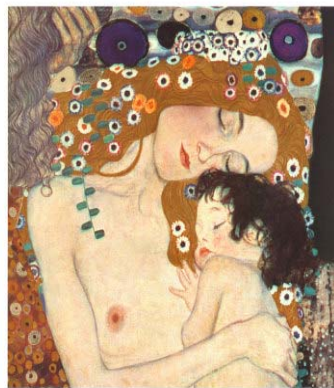


Figura 11: Mãe e filho , Gustav Klimt (1905)

Paulatinamente, a partir do século XVIII e principalmente no século XIX, desenha-se uma nova imagem da mulher em relação à maternidade, segundo a qual o bebê e a criança transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. Nesse momento, aliada ao poder médico, a mulher, agora valorizada como educadora, introduz no seio da família as normas destinadas a regular a vida familiar e individual, as quais passaram a ser seguidas pelo desejo cultivado e orientado de uma vida normal e saudável. Assim, como apontam Moura&Araújo (2005), a devoção e a vigilância surgem como valores essenciais aos cuidados necessários à preservação da criança.

Dessa forma, a imagem materna ideal é esculpida segundo a mais sedutora expressão da maternidade serena, tranquila, benevolente - a de Nossa Senhora

com o menino Jesus - servindo como figura inspiradora. Essa imagem idílica fascina por evocar o tempo de aconchego no colo materno, afastando da cena os afazeres prosaicos da maternidade e ressaltando uma visão romanceada da mesma.

Esse modelo de mãe emerge com a burguesia, a partir do século XVIII, construindo assim uma noção moderna do estético, inseparável da construção das formas ideológicas dominantes da sociedade de classes modernas, e de todo um novo formato de subjetividade apropriada a esta ordem social (Eagleton, 1993).

É interessante mencionar que, no período colonial, as mulheres consideradas pela Igreja como pecaminosas por viverem livremente sua sexualidade contribuía para a valorização da mulher ideal, que deveria ser casada, mãe, afeita à domesticidade, à piedade religiosa, preocupada em consolidar a família (Del Priore, 1993). Pensando nisso, a Igreja decide proteger a mulher solteira, mãe e sem companheiro, incitando-a a redimir-se pelo exercício do papel de mãe em torno do filho ilegítimo. Para tanto, a Igreja oferece às mães um conjunto de normas que beneficiam sua condição desafortunada; principalmente se esta condição fora resultado de promessas de casamento ou de violências. Ajudando essas mulheres, a Igreja possivelmente as controla melhor, tendo em vista o modelo da mulher ideal (Del Priore, 1993).

Para além dos interesses da Igreja e do Estado, outros argumentos que contribuíram para a idealização e o reforço do papel materno são os da psicologia e da sociologia pós-freudiana, na medida em que enfocam a relação mãe-bebê como decisiva para o desenvolvimento da criança. Com relação a esse aspecto, cabe lembrar que autores como Klein (1986) e Winnicott (1983, 1988^a, 1988b, 1993^a, 1993b) dedicam-se exaustivamente ao estudo das chamadas relações objetais precoces, sendo fundamental no trabalho de Winnicott tanto a valorização do ambiente no desenvolvimento infantil quanto o delineamento da figura da “mãe dedicada comum”, definida como aquela capaz de “promover a integração das características próprias de cada criança, diferenciando cada bebê do outro, a partir do apoio encontrado no ego materno que age como facilitador da organização do próprio ego do bebê” (Winnicott, 1988b, p. 494).

Em conformidade com a perspectiva centrada no indivíduo, o discurso psicanalítico é disseminado na sociedade contemporânea, modificando processos

de subjetivação nas famílias. Essa “cultura psicanalítica”⁹ contribui para que aos papéis materno e paterno seja acrescida uma perspectiva cada vez mais individualizante. Em meio à individualização constrói-se a culpabilização. Propondo uma imagem de referência, tenta-se se igualar tudo através de grandes categorias unificadoras e redutoras - um certo tipo de informação, de cultura, de mãe, de pai, impedindo, assim, o processo de singularização.

Nesse sentido, a psicóloga americana Jane Swigart (1992) critica a concepção arraigada em nossa cultura ocidental, desde muitos anos e em particular desde Sigmund Freud, de que toda mãe é culpada. O discurso sobre a mãe abusiva, castradora, super protetora, insuficientemente presente, muito presente, que ama demais ou de menos, segundo Swigart, consegue paralisar a espontaneidade das mães, fazendo-as duvidar de seus impulsos, de suas decisões e até de suas emoções. Conseqüentemente, essa prática discursiva gera indivíduos dóceis, obedientes, que buscam nos especialistas a norma a ser seguida, promovendo formas de indivíduos responsáveis.

Vale dizer que a ampliação das responsabilidades maternas faz-se acompanhar de uma crescente valorização da mulher-mãe, a “rainha do lar”, dotada de poder e respeitabilidade desde que não transcenda o domínio doméstico. Progressivamente, a mulher passa a assumir, além da função nutrícia, a de educadora e, muitas vezes, a de professora. Com isso, as responsabilidades aumentam e com ela a valorização do devotamento e do sacrifício feminino em prol dos filhos e da família, que novamente surgem no discurso médico, filosófico, como inerentes à natureza da mulher. Se por um lado as novas responsabilidades da mulher lhe conferem um novo status na família e na sociedade, afastar-se delas traz enorme culpa, além de um novo “sentimento de anormalidade” por contrariar a natureza, o que só pode ser explicado como desvio ou patologia. Dessa forma, aprendemos que é melhor viver em estado de bem-estar, tranquilidade, felicidade, entusiasmo, alegria, serenidade, do que viver com sentimento de culpa, triste (Serpa Júnior, 1998). Para isso, precisamos estar em comum acordo com a normatividade moral.

⁹A cultura psicanalítica pode ser definida como o efeito da difusão da Psicologia e, especialmente, da Psicanálise na sociedade, de forma que o cotidiano de um grupo passe a ser compreendido e tematizado por suas normas. A esse respeito, ver: Figueira, S. A Cultura da Psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1985.

Ancorado na hierarquia moral, surge a figura do especialista que julga o que se deve ou não preferir, diferenciando o melhor, o pior ou indiferente, segundo “o conjunto de crenças morais que dizem quais problemas ou enigmas humanos são relevantes para uma dada cultura” (Serpa Jr., 1998, p. 13). Nesse sentido, a valorização da maternidade se presentifica, provocando dois movimentos distintos: por um lado, nas camadas populares da sociedade, observamos a ausência paterna e o Estado, através de suas instituições, assumindo seus encargos. Por outro lado, nas camadas abastadas, é o discurso do especialista que oferece à família um novo padrão de atitudes, sendo a figura materna o meio para se chegar até ela.

Desde então, a criação dos filhos ainda é função exclusivamente feminina. Somado a isso, a quantidade de informação sobre a criação e sobre o desenvolvimento dos filhos tem aumentado, de modo que a maternidade se torna progressivamente ativa e intervencionista. O trabalho agora começa antes mesmo da concepção, quando os futuros pais planejam ter filhos. São exames genéticos, check up completo, dieta específica, exercícios que prometem auxiliar a mulher durante a gestação e na hora do parto, entre outras recomendações elencadas por especialistas em nome da saúde do bebê. Entretanto, sabe-se que para além do bebê existem outros interesses, como os profissionais, os políticos e os sociais.

O paradoxo da maternidade como um estado ao mesmo tempo venerado e repudiado, natural mas policiado, se presentifica no ato de amamentar. Enquanto campanhas são financiadas pelo Governo Federal brasileiro (Anexo 2) encorajando a amamentação ao seio do nascimento até os dois anos ou mais da criança, a mamadeira - que por décadas fez parte do enxoval de muitas futuras mães - agora é censurada pelos especialistas devido aos vários malefícios decorrentes de seu uso. Com isso, mais uma vez se regula a vida da mulher de acordo com os condicionantes socioculturais vigentes, desprezando, sobremaneira, “o que o humano tem de mais específico, a saber, a história e a palavra” (Szejer, 1997, p. 287). Dessa maneira, a história de cada mulher, e de cada gestação, que poderia tornar possível, ou não, a amamentação, fica inaudível.

A título de comparação, há países, como a Grã-Bretanha, por exemplo, que não toleram a amamentação em público, obrigando as mães que amamentam a ficarem mais em suas casas (Forna, 1999). Outros países, como a França, incentivam o aleitamento materno desde o nascimento a todas as mães,

disseminando a ideia de que a boa mãe deve amamentar seu filho. Para Szejer (1997), essa ideia, além de ser culpabilizante, não é inteiramente fundada. Ainda mais quando nos deparamos com argumentos pretensamente científicos, que buscam convencer as mulheres a amamentarem seus filhos, garantindo ser essa a única forma de proteger seus bebês contra as infecções. Essa teoria omite o fato de que “o recém-nascido, desde o nascimento, é portador de anticorpos da mãe (que ele recebeu por via sanguínea), e ele os conservará até que seu próprio organismo o produza, ou seja, por volta dos três meses” (Szejer, 1999, p. 285).

As mudanças sociais e o enfoque no indivíduo contribuem também para a construção do projeto que Salem (1985) denominará de “casal grávido”. Para a autora, a partir do momento em que as representações de maternidade e paternidade deixam de ser percebidas como autoevidentes e passam a ser vistas como situações sujeitas à elaboração e discussão pelo casal, o que exige deles forte investimento emocional, busca-se uma “nova maternidade” e uma “nova paternidade”. Nesse momento, a valorização do compromisso emocional do casal com a criança intensifica-se, iniciando-se já na gravidez, o que Lo Bianco (1985) denomina de “psicologização do feto”.

Isso implica uma relação antecipada com o bebê, antes mesmo de nascer, pela atribuição de uma individualidade afetiva. Essa ideologia é motivada pelos procedimentos médicos e de preparação para o parto, pela haptonomia¹⁰, pelos registros sonoros e de ultrassonografia, permitindo a visualização do feto, antecipando a atribuição de sua identidade, permitindo que a mulher identifique no futuro bebê características próprias, uma personalidade individual.

Nesse cenário, a participação do pai no parto e nos cuidados com o bebê surge como elemento fundamental dessa experiência. Quanto à mulher, valoriza-se a dedicação total à criança, dispensando-se o auxílio de enfermeiras, babás ou mesmo da família. O casal, portanto, deve assumir todos os cuidados com o bebê, desde o início. Teoricamente, esse projeto, de acordo com Salem (1985), baseia-se em valores como o afeto, a atenção à subjetividade e a um relacionamento mais igualitário e livre entre pais e filhos, como também a igualdade entre os gêneros.

¹⁰É o contato afetivo com o bebê desde o ventre materno até um ano de nascido. No acompanhamento haptônico, “o profissional permite aos pais descobrirem essa linguagem afetiva transmitindo um “saber-fazer” e ajudando-os a amadurecer um “saber-ser” os três juntos” através do contato psicotátil afetivo confirmante (Dolto-Tolitch, 1995).

Entretanto, Salem (1985) conclui que há dificuldade da efetivação desse projeto, apesar das significativas revisões efetivadas pelos casais em relação aos papéis materno e paterno.

Nesse processo entram em cena os médicos obstetras, psicólogos e outros técnicos envolvidos no acompanhamento do casal, antes um lugar ocupado pela família extensa. Essas modificações socioculturais fazem parte de um contexto mais amplo, que altera o papel materno, pela transformação do próprio papel da mulher e da família nas últimas décadas do século XX. Para Moura&Araújo,

se, nos últimos dois séculos, o papel feminino é marcado por uma relativa estabilidade e por sua redução ao papel materno, na década de 80, embora essa vinculação não tenha desaparecido, passou a mostrar-se menos estável no contexto de algumas classes sociais, particularmente nas camadas urbanas mais jovens (2004, p. 51).

Diante dos rearranjos sociais e familiares, não é mais possível pensarmos o papel materno como o único disponível para as mulheres. Afinal, atualmente, dá-se uma ênfase simultânea à importância e obrigatoriedade da maternidade, e à importância e possibilidade de desempenho em outros papéis não relacionados ao ser mãe (Lo Bianco, 1985). Consequentemente, essa dupla ênfase provoca uma experiência contraditória e ambivalente em relação ao papel materno. Nesse contexto, a psicologização do feto surge na tentativa de reinventar a experiência materna em novas bases, a fim de preservar o valor da maternidade.

Do mesmo modo, há ênfase acentuada na relação mãe-bebê, que deve ser buscada antes de a maternidade se concretizar. Assim, a gravidez e tudo que diz respeito a ela é remetido à ordem dos sentimentos e preocupações para com o feto. Este, fazendo valer suas supostas características psíquicas, responde às atitudes maternas com grande autonomia. Lo Bianco (1985) afirma que, por vezes, o feto é considerado parceiro de um diálogo, e sujeito-objeto de vigilância cuidadosa e detalhada.

Para identificar as diferentes formas de comunicação entre mãe e feto, assim como o estabelecimento do vínculo entre ambos, vários pesquisadores, entre eles Busnel (1997), Wilhelm (1992), Piontelli (1992), vêm estudando a relação mãe-feto e a relevância desta comunicação para o desenvolvimento saudável do filho. Entretanto, é interessante assinalar que foram os chineses, há milênios, que desenvolveram os primeiros atendimentos pré-natais, pois

defendiam que as emoções da mãe influenciariam sobre o desenvolvimento do feto. Uma mulher que estivesse passando por muita tristeza poderia dar à luz a um bebê com problemas respiratórios. A prevenção da doença seria dada, portanto, da harmonização de trocas de energia físicas e psicológicas entre mãe e feto.

Essas premissas deterministas sobre a relação mãe-bebê permanecem ainda hoje. Nesse sentido, Almeida (1987) identifica um processo de nuclearização da família, orientado pela ideologia individualista, pelo qual a experiência de maternidade diz respeito só ao casal e, em última instância, à vivência pessoal da mulher.

Na década de 80, as mulheres vivenciam o que Almeida denomina de “sentimento moderno de maternidade”. Nesse modelo, a família sai de cena e entram os especialistas ou grupos de pares. A diferença desaparece como princípio lógico e exclusivo na organização das experiências sociais e familiares: homem-mulher, mãe-pai, adulto-criança, marido-esposa deixaram de ter seus papéis sociais estabelecidos apenas a partir de diferenças sexuais e de uma estruturação hierárquica.

Quanto à experiência pessoal, a vivência da gravidez não é mais qualitativamente diversa do período não-grávido, levando ao desaparecimento das distinções quanto à rotina, postura, vestuário. Nesse processo, como nos contam Moura&Araújo (2004), a presença do marido passou a ser valorizada em todos os momentos da gestação, percebida por essas mulheres como escolha pessoal. Dessa forma, devem ser problematizados todos os aspectos relacionados à sua evolução.

Se, anteriormente, o acompanhamento da gestação restringia-se ao obstetra, a partir dos anos 80 outros profissionais inseriram-se nesse processo, como o especialista em psicologia e em trabalhos de corpo aplicados à gravidez e ao parto. Com isso, esses profissionais tornaram-se responsáveis, junto às mães, pela construção e divulgação de um “paradigma alternativo” na concepção de maternidade. Almeida (1987) constata que o novo paradigma mostra-se essencialmente reativo aos antigos valores e crenças, que passam a ser atacados e atingidos basicamente através de seus representantes - a família de origem, a ideologia médica tradicional - mas também de outras gestantes contemporâneas que não se filiam ao novo modelo. Uma postura de afastamento e crítica superficial é favorecida, especialmente através dos profissionais “psi” que, junto aos grupos de pares, passam a ser tomados como sede de estabelecimento de

novos valores, supostamente por incentivarem a emergência de um desejo individual em relação à maternidade.

Almeida (1987) analisa que essa atitude dos especialistas contém, na verdade, um padrão disciplinador sutil. A ideologia alternativa não é, contudo, percebida como tal, confundindo-se com a crença na aquisição de modalidades de liberação frente à conduta e valores antigos. Tais relações estão compreendidas, portanto, em um campo rigorosamente disciplinar; sua “novidade” está no fato dessas estratégias de controle e convencimento serem percebidas como concernentes ao desejo do próprio sujeito, o que favorece grandemente a adesão às normativas.

Diante dessa perspectiva, a vida e o indivíduo são concebidos como empreendimentos infinitamente “aperfeiçoáveis” (Meyer, 2005, p. 87). Nesse sentido, espera-se do indivíduo uma certa autonomia, que possibilite a ele se autogovernar mais e melhor na medida em que se capacita, ou é capacitado para fazer escolhas e responsabilizar-se por elas. Entretanto, hoje, sabe-se que tais escolhas estão conectadas ao acesso e domínio de uma ampla gama de informações, por vezes mais complexas, abrangentes e diversas de necessidades e possibilidades de viver de forma competente e saudável. A partir desse enfoque se pressupõe que o indivíduo pode e deve aperfeiçoar cada vez mais sua forma de viver, seu corpo e sua saúde, o que implica colocar na esfera pessoal a responsabilidade pela distribuição dos meios e recursos necessários para a consecução desse “projeto” de vida e saúde. Assim, analisa Meyer (2005), “todos os indivíduos têm o direito e, sobretudo, o dever de manter, gerir e potencializar o seu próprio bem estar” (p. 87). Essa prerrogativa, condizente com a racionalidade neoliberal, pode ser desvelada na sociedade brasileira ao examinarmos suas políticas e seus programas de educação e de saúde, bem como os conhecimentos científicos que lhes dão sustentação.

Nesse contexto, segundo Meyer (2005), “os indivíduos tornam-se sujeitos de aprendizagens corporais, administráveis e gerenciados intensivamente desde sua forma de embrião, no útero, até o seu leito de morte” (2005, p. 87). Essa necessidade de gerenciamento dos corpos, como os de mulheres gestantes e mães e dos seres humanos que elas geram, é mantida por uma detalhada rede de administração da vida que envolve um ordenamento complexo de saberes e de práticas culturais. A isso se refere o processo de politização da maternidade, em

que o corpo, os comportamentos, as habilidades e os sentimentos maternos se tornam alvo principal de vigilância. Esse processo, em um movimento contínuo, atribui especialmente à mãe a responsabilidade de gerar e criar seres humanos perfeitos.

4.1.2

Especialismos: controle social para um novo milênio

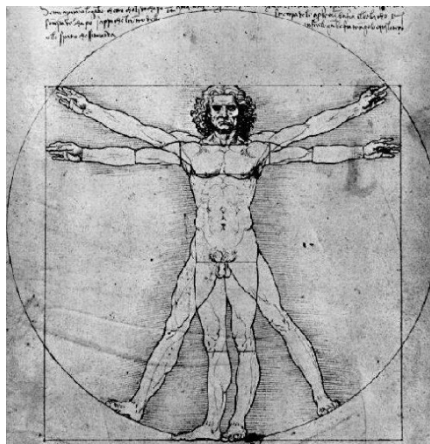


Figura 12: O homem Vitruviano, Leonardo Da Vinci (1490)

Os efeitos de uma progressiva individualização e “psicologização” das relações na sociedade, se fazem sentir na década de 80, principalmente, nas camadas urbanas da população, intelectualizadas e familiarizadas com o universo de valores da classe média. Além de sinalizarem a acentuada participação de profissionais “psi” em trabalhos dirigidos a outras camadas sociais. O aumento dessa participação deu-se, em parte, em função do empobrecimento geral da população durante os anos críticos da década de 90, obrigando esses profissionais a dirigirem-se a outros campos de trabalho além do consultório particular. Outra razão se deve ao crescente número de profissionais das áreas “psi” no mercado, em função do fenômeno conhecido como “boom da psicanálise” nas décadas anteriores. A penetração dessa forma de discurso favorece e é favorecida pela ordem econômica vigente. Esse momento traz, entre outras coisas, a presença de profissionais “psi” nos meios de comunicação de massa, tornando-se cada vez frequente a veiculação de conselhos e orientações através de jornais, de revistas e da televisão.

Suas abordagens, muitas vezes, conferindo grande valor aos aspectos subjetivos das relações e ao desenvolvimento da individualidade, estimulam um aporte individual para questões nas quais o contexto socioeconômico e político do país mostra-se fortemente implicado. O mesmo tipo de abordagem permite ainda a generalização de alternativas específicas a um determinado contexto populacional para toda a sociedade. Além do mais, a partir do final da década de 1970, um amplo movimento mundial no campo da saúde modifica a maneira como os serviços de atenção à população se organizam, propondo a revisão do próprio conceito de saúde. O advento do chamado “paradigma biopsicossocial” preconiza um novo tipo de intervenção através das equipes multiprofissionais, o que leva um grande número de psicólogos a atuações relacionadas aos setores básicos, chamados primários e secundários, ampliando intervenções antes dirigidas somente às instituições psiquiátricas para atingir as unidades básicas de saúde, os ambulatórios e hospitais gerais (Moura&Araújo, 2004).

A psicologia, acompanhando a medicina, passa a ter lugar em inúmeros programas de saúde pública, colaborando na organização de novas formas de cuidado dispensado aos indivíduos. Em outro extremo, o progresso científico proporcionado pela medicina e pela tecnologia de ponta nas últimas décadas, aliado às transformações do papel da mulher na sociedade - evidenciadas especialmente a partir do movimento feminista - tem trazido novas e importantes questões para a família, que certamente repercutirão em novas possibilidades de configuração subjetiva.

A mulher, depois de conquistar a liberdade de exercer sua sexualidade desvinculada do matrimônio, de planejar e decidir a maternidade, de adiá-la até o momento que considera propício às circunstâncias de sua vida, de interromper uma gestação por meios seguros - embora ilegais no Brasil - pode também optar por viver a maternidade sozinha, sem que isso signifique uma condenação social. Porém, mais que assumir a maternidade fora da condição do casamento, hoje a mulher pode se tornar mãe sem depender da presença concreta de um companheiro, podendo fazê-lo amparada pelos avanços das técnicas de fertilização assistida. Essas novas tecnologias reprodutivas permitem a gestação em condições anteriormente impensáveis, tanto do ponto de vista médico quanto social. Aliadas a esses avanços, as técnicas de cuidados a recém-nascidos, que reduzem drasticamente a mortalidade de crianças, mesmo quando nascidas muito

prematuras ou gravemente doentes, certamente repercutirão na organização familiar e nos sentimentos relacionados à maternidade.

Correia (1998) reflete a respeito das novas tecnologias reprodutivas (NTRs) como a inseminação artificial, a fertilização *in vitro* e suas diversas variantes, incluindo doações de células reprodutivas, óvulos e espermatozoides, e de embriões, aluguel de barriga ou empréstimo de útero, até a possibilidade de clonagem humana. Para ele, os NTRs constituem a etapa mais recente de um processo cujas origens remontam ao fim do século XVIII, pelo qual, historicamente, a função de cura da medicina duplica-se em uma outra função política, a de criação e transmissão de normas. Sob esse ponto de vista, uma tecnologia de ponta, quando dirigida a aspectos tão permeados de significação quanto à produção e à manutenção da vida humana, pode assumir um caráter não tão moderno assim mas que, lembrando as antigas práticas higienistas, reforça “o velho papel da medicina na construção de significados em torno da maternidade e da paternidade” (Correia, 1998, p. 132).

Mais uma vez, o discurso do especialista busca auxiliar a família diante das novas alternativas de relação e de constituição subjetivas, que se inserem no campo do imaginário antes mesmo de se tornarem uma possibilidade concreta para a sociedade. Ao psicólogo certamente caberá algum papel, uma vez que são justamente os processos de subjetivação o terreno privilegiado de seu trabalho. Quanto aos fundamentos e consequências desses processos, mostra-se essencial uma visão crítica e reflexiva sob o exercício de sua função, a fim de que seu discurso não se reduza, como outros tantos, ao da competência, para retomar uma expressão de Chauí (1982), como discurso instituído, cuja finalidade é dissimular, sob uma capa de cientificidade, um trabalho ideológico de identificação de todos os sujeitos sociais com uma imagem particular e universalizante. É verdade que a condição primordial para o prestígio e a eficácia do discurso da competência consiste na afirmação da incompetência dos homens como sujeitos políticos e sociais válidos, ou seja, para sua disseminação, é preciso que haja apenas homens reduzidos à condição de objetos sociais.

O discurso competente realiza, assim, um duplo movimento: ao mesmo tempo em que afirma a incompetência dos homens, entra em cena para devolver-lhes alguma competência, cientificamente embasada, porém realizada de forma individualizante. Nesse sentido, a competência lhes é devolvida, portanto, na

forma de uma série de discursos que ensinarão a cada um como lidar com o mundo e como se relacionar com o outro. Longe de promover um saber verdadeiro, uma reflexão autêntica sobre si mesmo e a realidade, os discursos da competência divulgam conhecimentos, ao mesmo tempo em que apagam diferenças, anulam as contradições e fazem desaparecer o novo, o diverso. Na verdade, para o discurso competente, como discurso ideológico, o “novo” só interessa quando perde seu poder instituinte tornando-se inócuo, infértil. As novas questões trazidas à família na contemporaneidade, especialmente no que diz respeito às concepções acerca da maternidade das quais trata este trabalho, podem se tornar elementos instituintes, disparadores de novos processos de subjetivação que, nas palavras de Deleuze, “ só valem na medida em que, quando acontecem, escapam tanto aos saberes constituídos como aos poderes dominantes” (1992, p. 217).

Essas mesmas questões podem, no entanto, ser capturadas pelo intenso processo de modelação, de instituição de valores, que tem no especialista um importante elemento para sua efetivação. O lugar do especialista não é, porém, uma determinação. Podemos posicionar-nos de outro modo, fazendo de nosso trabalho uma oportunidade de criação e de ruptura com o instituído, um espaço de sua permanente desconstrução.

Assim, cabe aos especialistas examinar os efeitos das inovações trazidas pelos programas de saúde e de educação, como mais uma manifestação do poder disciplinar, mais um dos dispositivos confessionais típicos da rede capilar dos poderes da modernidade, cuja eficácia consiste em fazer passar todos os detalhes da vida na forma de discurso. Com isso, sublinha-se a importância de analisarmos os processos discursivos, em que determinadas classificações passam a ser utilizadas para descrever e produzir indivíduos políticos.

4.2

Deslocamentos do papel feminino na atualidade: uma questão de gênero



Figura 13: Duas namoradas, Gustav Klimt, (1916)

Nesse sentido, estamos enredados por tecnologias discursivas que irão determinar e validar as formas apropriadas e impróprias de existência. Portanto, não existem corpos livres de investimentos e expectativas sociais. Quando nasce uma criança, por exemplo, produz-se uma invocação performativa e, com ela, instala-se um conjunto de suposições em torno desse corpo. As convenções linguísticas que produzem seres com gênero - homem/mulher, por exemplo - apontam para uma sofisticada tecnologia social heteronormativa¹¹, operacionalizada pelas instituições médicas, domésticas, escolares e que produzem constantemente corpos-homens e corpos-mulheres (Butler, 1999). Uma das formas para se reproduzir a heterossexualidade consiste em cultivar os corpos em sexos diferentes, com aparências “naturais” e disposições heterossexuais naturais.

Assim, quando nasce uma criança produz-se uma invocação performativa e, com ela, instala-se um conjunto de expectativas e suposições em torno desse corpo, construindo, dessa forma, realidades (Preciado, 2002). Nessa direção, as suposições tentam antecipar o que seria o mais natural, o mais apropriado para o

¹¹Termo criado por Michael Warner em 1991 para descrever situações nas quais variações da orientação heterossexual são marginalizadas, ignoradas ou perseguidas por práticas sociais, crenças ou políticas.

corpo que se tem. Assim, as expectativas logo serão materializadas em brinquedos, cores, modelos de roupas e projetos antes mesmo desse corpo vir ao mundo. Dessa maneira, o mundo infantil se constrói sobre proibições e afirmações, baseado na ideologia da complementariedade dos sexos. Nesse tempo da infância, os enunciados performativos são interiorizados e se produz a estilização dos gêneros, como “isso não é coisa de menina”, “homem não chora”, criando corpos que reproduzam as performances de gênero hegemônicas. Isso ocorre devido à repetição dos atos performativos que sustentam e reforçam as identidades hegemônicas, de homem e de mulher (Butler, 1999). Essa repetição estilizada formará o cimento dessas identidades.

Nesse sentido, como sugere Butler, o gênero não é uma essência interna, pois essa “essência interna” seria produzida mediante um conjunto de atos postulados por meio da estilização dos corpos. Quando se age e se tenta reproduzir a/o mulher/homem “de verdade”, desejando que cada ato seja reconhecido como aquele que nos posiciona legitimamente na ordem do gênero, busca-se reproduzir uma natureza em ato. Sendo assim, as mulheres “de verdade” são heterossexuais, desejam ser mães, são passivas e emocionalmente frágeis. Nessa perspectiva idealizada, os deslocamentos são vistos como problemas individuais, talvez fruto de algum “distúrbio”. Essa prerrogativa essencialista remonta à retórica rousseauiana sobre a “natureza feminina”, quando diz ser fraca e passiva, servindo apenas para agradar ao homem.

Para os gêneros, as suposições funcionam como se houvesse uma essência interior que marca a existência da mulher e do homem. Cada ato é interpretado como se fosse “a natureza” falando em atos. Com isso, gera-se um conjunto de expectativas baseadas nas idealizações de uma “natureza perfeita”, como é o exemplo do “instinto materno”. Sendo assim, a “mãe desnaturada” é excluída daquilo que se considera humanamente normal.

Postulando que “a maternidade engendra naturalmente o amor e o devotamento à criança” (Badinter, 1985, p. 314), o discurso psicanalítico contribui para tornar a mãe o personagem central da família. Devotada, responsável, a boa mãe atenderá a todas as necessidades do filho auxiliando-o no seu desenvolvimento (Badinter, 1985), enquanto a mãe má não manifestará os impulsos maternos instintivos necessários a uma boa maternagem.

Contrariando as expectativas tradicionais, conforme exemplifica Moura&Araújo (2004), hoje, de maneira geral, as mulheres das classes médias se irritam ao serem reduzidas ao papel materno, mesmo quando isso lhes traz algum privilégio. Embora ainda seja valorizado e extremamente investido afetivamente, o papel feminino diante das prerrogativas atuais tende a conter a maternidade sem se deixar englobar por ela. Nesse contexto, o tradicional vestuário de grávida é recusado, dando lugar, na década de 90, à exibição da barriga, vestindo apenas as roupas que traduzem juventude adolescente e um padrão de elegância, ou extravagância, comum às mulheres não grávidas.

Entretanto, vale ressaltar que atualmente se constata um certo enaltecimento pelos aspectos idealizados da maternidade, produzindo-se nas mulheres que não sentem ou não fazem o que é esperado o sentimento de culpa - um dispositivo de controle eficiente que regula modos de ser mãe. Mas é, segundo Serrurier (1993), “para com os seus filhos que a mãe se sente culpada, e sempre de forma inexplicável. Isso aumenta sua angústia” (p. 129).

Quanto ao papel da mulher no cuidado com os filhos, vimos, desde o século XX, o crescimento da ideologia da “mãe moral”: à medida que as taxas de natalidade caíam, a escolarização das crianças torna-se mais precoce e as mulheres mais presentes no mercado de trabalho. Segundo Chorodow

Nos Estados Unidos, o período capitalista inicial produziu uma ideologia da “mãe moral”: as mulheres burguesas deviam agir ao mesmo tempo como educadoras e modelos morais para seus filhos, assim como alimentadoras e guias morais para seus maridos na sua volta do mundo de trabalho imoral e competitivo (1990, p. 19).

Somada à responsabilidade pela saúde mental da criança, hoje, às mães cabe a tarefa de conduzir os filhos ao êxito intelectual e acadêmico. Assim, “a maternidade bem-sucedida significa produzir um adulto bem equilibrado e que se dá bem na vida” (Forna, 1999, p. 15).

Assim, a maternidade passa a ser compreendida e discutida como uma dimensão implicada com os processos de dominação/subordinação que regiam as relações entre os sexos nas sociedades ocidentais. Nesse caso, não se considera que o papel materno deve sempre ser considerado de forma relativa e tridimensional, portanto ressaltando a impossibilidade de compreender as

modificações nele ocorridas sem fazer referência aos demais membros do microsistema familiar - o pai, a mãe e os filhos.

Scavone (2001), ao discutir as imbricações entre maternidade e feminismo, sintetiza três vertentes que caracterizam as principais discussões realizadas em torno de tais relações: uma primeira, em que a recusa da maternidade é apresentada por feministas radicais como Sulamita Firestone, como principal instrumento para subverter a dominação masculina; uma segunda, em que a maternidade passaria a ser teorizada como um poder insubstituível das mulheres, o que caracteriza, por exemplo, o chamado feminismo da diferença, de Luce Irigaray; e uma terceira, que poderia ser chamada de feminismo pós-estruturalista, no qual se tomam como focos de análise os mecanismos e as estratégias de poder-saber que, nas culturas ocidentais modernas, permitem definir e apresentar a maternidade como se esta fosse uma essência, monolítica e a-histórica, inscrita na anatomia, fisiologia e psique da mulher.

Aproximando-se de teorizações como as desenvolvidas por Michel Foucault e Jacques Derrida, o feminismo pós-estruturalista assume que a noção de gênero remete a todas as formas de construção social, cultural e linguística, implicadas com processos que diferenciam mulheres de homens, incluindo aqueles que produzem seus corpos, para distingui-los e nomeá-los como dotados de sexo, gênero e sexualidade. Dessa perspectiva, como aponta Meyer, operar com o conceito de gênero supõe e demanda:

1- assumir diferenças e desigualdades entre homens e mulheres são social, cultural e discursivamente construídas e não biologicamente determinadas; 2- deslocar o foco de atenção da “mulher dominada, em si” para a relação de poder em que as diferenças e desigualdades são produzidas, vividas e legitimadas; 3- explorar o caráter relacional do conceito e considerar que as análises e intervenções empreendidas nesse campo de estudos devem tomar como referência, as relações, de poder, e as muitas formas culturais e sociais que de forma interdependente e inter-relacionada educam homens e mulheres como “sujeitos de Gênero”; 4- Racha a homogeneização, a essencialização, e a universalidade contida nos termos mulher, homem, dominação masculina e subordinação feminina, dentre outros, para tornar visíveis os mecanismos e estratégias de poder que instituem e legitimam essas noções; 4- Explorar a pluralidade, a provisoriabilidade e a conflitualidade dos processos que delimitam possibilidades de se definir e viver o gênero em cada sociedade e nos diferentes segmentos sociais e culturais (2005, p. 86).

Retomando a antológica frase de Simone de Beauvoir (1980), “não nascemos mulheres, mas nos ‘tornamos’ mulheres, desafiamos as prerrogativas biologicistas de que a anatomia é destino.

4.3

Globalização, mídia e maternidade: a estilização do ser mãe



Figura 14: Esboço da Esperança I, Gustav Klimt (1903)

Ainda hoje, continuamos convivendo no campo dos Estudos Feministas, com essas e várias outras possibilidades de abordar a maternidade e nossas investigações, tendo nos meios de comunicação um caminho possível para a disseminação de ideologias, por produzir e comercializar um volume ininterrupto de conteúdos e marcas por todo o planeta. Nesse sentido, essas tecnologias comunicacionais exercem influência direta na configuração dos imaginários sociais, privilegiando crenças, hábitos e estilos de vida muitas vezes sintonizados com o consumo dos mercados mundiais.

As revistas femininas da década de 80, com a frase “ter tudo a que tem direito”, divulgavam conselhos às jovens mães mostrando como equilibrar carreira, maternidade e casamento. Essa máxima caiu por terra, afinal os afazeres doméstico sobrecarregaram as mulheres que se aventuraram por uma carreira profissional, ou mesmo um trabalho para aumentar a renda doméstica. O sonho da supermãe que não vacila diante do trabalho doméstico, dos cuidados com o filho e da vida profissional, parece estar acabando.

Entretanto, mesmo constatando que as sociedades ocidentais esperam das mães algo simplesmente irrealizável, ainda suplicamos que elas tentem ser aquilo que desejamos que sejam (Forna, 1999). Nessa direção, ainda existe a pressuposição de que a mãe deve ficar em casa com o filho, a fim de não serem percebidas como “más”. Foi o que a emissora BBC disseminou em 1997, ao criticar num filme as mães que trabalham e deixam seus rebentos na creche todos os dias. À época, a emissora ainda divulgou nos jornais que “filhos de mães que trabalham não conseguem chegar à faculdade” (Forna, 1999, p.277), prejudicando o futuro deles. Além disso, segundo Fornas, uma outra revista, desta vez novaiorquina, abriu uma reportagem intitulada “Cuidados Perigosos”, advertindo os pais acerca da ameaça à segurança de crianças que ficam aos cuidados de outros. Com isso, se inculca nas mães sua fundamental presença para que seu filho cresça seguro e saudável. No entanto, sabemos que muitas mães precisam trabalhar, a despeito do crescimento pessoal, o que gera culpa.

Segundo Moraes (2010), corporações de mídia e entretenimento exercem um duplo papel estratégico na contemporaneidade. O primeiro diz respeito à sua condição de agentes operacionais da globalização, do ponto de vista da enunciação discursiva. Legitimam o ideário global como também o transformam no discurso social hegemônico, propagando visões de mundo e modos de vida que transferem para o mercado a regulação das demandas coletivas.

No contexto global, nos conta Fornas (1999), revelou-se que a criação dos filhos ainda é amplamente vista como responsabilidade materna, mesmo nos casos em que a mulher é a única provedora, ou mesmo entre casais de orientação igualitária, de formação universitária e que dividem as despesas.

É fato que por trás de cada representação, boa ou má, se faz presente o modelo da mãe perfeita. Sendo assim, segundo Fornas, decisões pessoais sobre trabalho, relacionamentos, fertilidade e comportamento se tornam propriedade pública, porque a mulher é mãe. Por esse critério, as mães que aparecem na imprensa são julgadas, assim como as outras mulheres que não correspondem, ou não podem corresponder, às expectativas do ideário materno sentindo-se, por vezes, culpadas.

Na tentativa de controlar o comportamento das mães, são publicados, a cada ano, milhares de artigos divulgados para os pais em revistas especializadas sobre gravidez, parto e criação de filhos. A busca em reforçar o ideal da mãe

perfeita vem refletido no tom alarmista de vários artigos destinados a provocar culpa e medo.

Para Forna (1999), a mídia cerceia as grávidas quando aponta os perigos para o feto por meio dos alimentos, dos vícios, dos hábitos. Com isso, a população se torna mais temerosa de qualquer tipo de risco, exigindo maior controle e um ambiente livre de ameaças. Em nome dos possíveis riscos, somos monitorados e vigiados como se o perigo nos espreitasse a todo momento. A autora ressalta como a mídia se fixa na saúde e no comportamento maternos, incutindo nas mães que um bebê perfeito é um “resultado” (p. 114). Dessa maneira, propaga-se a ideia de que há uma “maternidade correta”, gerando, ao mesmo tempo, concretamente, produtos que prometam ajudar nessa empreitada.

Nesse sentido, para Ramonet (2010), “hoje a informação é considerada essencialmente uma mercadoria” (p. 247) por ter uma perspectiva comercial. Assim, vende-se e compra-se informação para se obter lucros. Diante dessa perspectiva, a informação é dada não com intuito de informar, mas de acordo com os interesses do comércio, que fazem do ganho, ou do interesse, seu imperativo.

É certo que a mídia que divulga a importância do contato da mãe com o seu bebê gratuitamente é a mesma que no intervalo de seu programa vende produtos de massagens mãe&bebê, que ajudam o melhor contato da dupla. De maneira geral, é desse discurso simples, breve e emocional que as grandes empresas midiáticas lançam mão. Em contrapartida, as informações de fato só alcançam um grupo de mães que se integra numa ordem capitalista dominante e tem condições de participar, bem ou mal, da distribuição de bens produzidos por essa ordem, enquanto a outra parte restante se integra apenas a nível do imaginário. Nas palavras de Forna, “os políticos manipulam as mães” (1999, p. 263) quando as conduzem na direção de certos padrões de comportamento.

Nesse sentido, a mídia assume uma posição central no processo de constituição do sujeito contemporâneo, nos modos de ser pai, mãe e gestante (Fischer, 2002). Isso significa dizer que nossos gestos e qualidades físicas são adquiridos pelos modos de educação que recebemos num dado contexto sociocultural (Vigarello, 2002 e Soares, 2002). Sendo assim, determinadas pedagogias corporais colocam-se em cena para produzirem identidades maternas diferenciadas, associando os corpos grávidos a uma rede de práticas e de saberes,

tais como cuidados pré-natais, cursos especializados, consultas médicas, academias, alimentos diferenciados.

Assim, o corpo serve como um elemento de apoio e articulação para os mais diversos projetos políticos, dotado de grande instrumentalidade nas relações de poder (Foucault, 1999). O conjunto de procedimentos discursivos e institucionais sobre o investimento educativo nos corpos intensifica-se nas mulheres de forma específica a partir do século XVIII, como pontua Schwengber (2009). Através da interpelação do gênero trazemos para o domínio da linguagem e do parentesco a nomeação (é gestante) (Butler, 1999). Nessa direção, a nomeação (é gestante) é, ao mesmo tempo, “o estabelecimento de uma fronteira e também a inculcação repetida de uma norma” (Butler, 1999, p. 161), em conformidade com determinadas práticas universalizantes que

corrigiram-se aos poucos as posturas; uma coação calculada percorre cada parte do corpo, se assenhoreia dele, dobra o conjunto, torna-o perpetuamente disponível e se prolonga, cria-se o hábito, em resumo, cria-se o senso de responsabilidade com a instauração do modelo da gestante cuidadosa (FOUCAULT, 1993, p. 25).

Além da ampliação contemporânea da disciplina individual sobre os corpos grávidos para que se garanta uma gravidez saudável, destaca-se o corpo grávido como um lugar de encontro, entre mãe e feto. Nos dias atuais, o que sai da barriga da grávida, via de regra, está quase decididamente decifrado e nomeado no processo da produção/explicação da vida (Schwengber, 2009).

Graças a essa nova organização da economia da saúde, podem-se proliferar novas práticas corporais prescritas às gestantes, bem como crescente investimento de revistas, jornais, artigos, livros, programas televisivo no tema gravidez. Nesse processo de controle dos corpos, cabe a prescrição de atividades com o intuito de melhorar as condições físicas das gestantes.

De fato, investe-se, gradativamente, no corpo das mulheres e das crianças como instrumento de forças produtivas, como se houvesse com isso uma certa garantia de prosperidade nacional. Esse investimento foi sendo incorporado no imaginário cultural feminino, o que permitia sua valorização. Além disso, era uma das fortes mensagens propagadas “(...) ser uma boa mãe, uma mãe cuidadosa (...) como condição para ser uma mulher feliz e respeitada ” (Badinter, 1985, p. 147). Essa discursividade produz na alma da mulher-mãe o desejo de consumir o que a

aproxima desse ideal imposto pela cultura hegemônica. Assim, atravessadas por subjetividades midiáticas, consomem produtos e serviços que as fazem ficar como a mãe dos sonhos de qualquer sociedade. Agora, calcadas no modelo ideal de mãe, elas se autovigiam.

Nesse imaginário ideal, a mulher ainda obedece às prescrições ditadas por saberes científicos, que a fará escolher, segundo aponta Tornquist (2002), “o que é melhor para o bebê, e de uma celebração do parto ideal, este não raro muito distante do campo de escolha e de possibilidade de boa parte das mulheres que dão à luz”(p. 491). Esse panorama que se desenha, por fim, fabrica uma forma de ser mulher-mãe tendo como aliado os meios midiáticos de comunicação.

5

A rememoração de mulheres-mães na experiência do parto humanizado em sites especializados: ilustrando as práticas discursivas sobre maternidade e maternagem



Figura 15: Cena de parto pioneira: mulher dá à luz sentada numa cadeira, assistida por parteiras e um homem. Ilustração de um livro do final do século 19

Com o propósito de ilustração, foram analisados os depoimentos de mulheres que postaram suas experiências do parto nos sites que apresentam o “parto humanizado” como alternativa ao parto hospitalar. Nesse sentido, interessa-nos compreender os modos de experienciar o parto tendo em vista o “parto humanizado” como o ideal. Destacamos algumas das principais prerrogativas que norteiam essa proposta, como as noções de natureza e a ideia de humanização do parto e do nascimento vistas como formas de empoderamento das mulheres (Tornquist, 2007).

Para esse trabalho foram selecionados alguns sites especializados, através dos quais ilustraremos os modos de subjetividade produzidos nos discursos das mulheres a partir da ideologia do parto humanizado. Assim, escolhemos sites que estivessem de acordo com o ideário do Movimento pela Humanização do parto e do nascimento, para que fosse possível, por meio dos relatos disponíveis nos sites do Gama, da Amigas do Parto e do Núcleo Nove Luas, exemplificar a ideia disseminada de parto sem dor, natural, ecológico (Anexo 3). Para isso, levamos em conta temas “de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (Minayo, 1999, p. 158).

Em tempo de revolução digital, foi possível encontrar depoimentos de mulheres que espontaneamente postaram relatos sobre a experiência de ter filho por meio do parto humanizado em sites apropriados a essa prática. A vivência dessas mulheres, que à primeira vista parece apenas um desabafo, serve para reafirmar um lugar a ser seguido ou evitado, quando não se atinge os ideais propostos pelo movimento. Dessa forma, esse espaço virtual gerado pela revolução tecnológica da informação produz modos de ser mãe, de ser mulher, de ter filho, entre outros, transformando assim as nossas vidas (Deleuze, 1992).

Entretanto, através da internet também se criam ambientes de encontro coletivos onde “muitos podem interagir com muitos em busca de afinidades que possam transformar essas interações passageiras em relacionamentos” (Nicolacida-Costa, 2005, p. 55). Nestes sites, motivados pela discussão sobre o parto humanizado, os “encontros virtuais” ocorrem por meio de relatos e trocas de email. Forma-se uma “comunidade virtual” em torno de um único dizer, o do parto humanizado.

Partiremos do pressuposto de que a realidade da vida cotidiana é socialmente construída por meio da produção de sentidos. Entendemos essa produção de sentidos como

uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (Spink et al., 1999, p.41).

Desta forma, compreendemos o indivíduo como um ser que afeta e é afetado no espaço social de que faz parte.

Cabe dizer que a escolha por este estudo se fez em decorrência de uma dada estética do parto em nome da humanização do parto e nascimento. Essa observância nos levou a considerar os discursos e as práticas de determinados movimentos a favor de um tipo de parto humanizado, para que possamos encontrar no universo da humanização do parto os seus efeitos na vida sociocultural das mulheres-mães, seja na assistência seja no cotidiano.

Através da narrativa de mulheres-mães que vivenciaram esse universo é que poderemos compreender os ideais e as frustrações que existem nessa ambiência do parto humanizado. Há uma estética da fragmentação do discurso,

pois notícias nos são dadas sobre aquilo que interessa registrar: o parto e o nascimento. Pouco sabemos sobre os detalhes dessas experiências, mas identificamos: emoções entrecortando as histórias pessoais, elementos do próprio movimento de mulheres, condições de opressão relacionadas ao controle social das grávidas (Diniz, 2001).

Em contrapartida, ao experienciarem o parto humanizado, essas mulheres-mães puderam testemunhar esse novo modo de parir e nascer por meio da experiência vivida. Sendo assim, ‘o testemunho possui um papel de aglutinador de um grupo de pessoas que constroem a sua identidade a partir dessa identificação com essa “memória coletiva”...’ (Seligmann-Silva, 2005, p. 87), que é constituída no interior do grupo. Forma-se, então, um modo particular de grupo que, no nosso caso, compartilha memórias do parto e do nascimento humanizado de seus filhos.

O testemunho como local de resistência ao instituído e de rearticulação das identidades, possibilita uma ação que abre novas possibilidades para o futuro. Dessa forma, o “sujeito não só tem experiências como pode comunicá-las, construir seu sentido e, ao fazê-lo, afirmar-se como sujeito” (Sarlo 2007, p. 39). Assim, deixamos de lado uma visão hegemônica de mundo por uma outra, singular, autoral, porém impregnada do coletivo e portanto plural.

No entanto, na prática do Movimento do parto e do nascimento, presenciamos discursos próximos ao do pensamento hegemônico, doravante duramente criticado. Esse paradoxo remonta à necessidade de um modelo a ser seguido conforme uma verdade pré-estabelecida. Diante desse impasse, pretendemos mobilizar uma discussão quanto ao ato supostamente “transformador” do Movimento do parto e do nascimento humanizados e suas reais repercussões no universo materno-infantil.

5.1

Os depoimentos das mulheres-mães

Escolhemos depoimentos com as seguintes características:

1. As mulheres deveriam ter tido pelo menos um parto com a intenção de seguir as prerrogativas do “parto humanizado”.
2. Os relatos têm, no máximo, cinco anos.

Buscamos ilustrar as expectativas em torno do parto humanizado, proposto pelo Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil, e sua influência no parto “real” dessas mulheres, entendendo como “real” o que efetivamente aconteceu durante e imediatamente após o parto.

A primeira característica é relativa à intenção da mulher em seguir as prerrogativas do “parto humanizado”. Sendo assim, o processo do parto e do nascimento é um ato biológico, assim como também um ato cultural, na medida em que consideramos “os valores sociais, crenças construídas e estabelecidas historicamente, identidades múltiplas inseridas em lugares sociais assimétricos, sem mencionar toda a gama dos aspectos ideológicos e hegemônicos devidamente localizados em uma determinada sociedade e em um determinado tempo” (Dias, 2007, p. 10).

Dessa forma, não poderemos descolar o movimento de humanização do parto e do nascimento do contexto social que o inseriu. Afinal, condicionantes sociais tanto motivaram seu surgimento como sua permanência. Nesse momento histórico-cultural, foi inculcado na mulher o desejo de assumir a responsabilidade sobre a escolha de seu parto e de como se daria o nascimento de seu filho. Sendo assim, o protagonismo seria exclusivamente da mulher e não mais da equipe médica, que no ambiente hospitalar controla o parto e como o bebê irá nascer.

Nesse sentido, uma das propostas desse trabalho é apreender no discurso dessas mulheres-protagonistas, a manifestação de sentimentos, tais como frustração, realização, tristeza, alegria, felicidade, decepção, e quais foram as suas razões.

A segunda característica, referente aos relatos postados nos sites em no máximo cinco anos, justifica-se pelos dados atualizados sobre o tema, determinados por um contexto histórico, temporal e cultural. Esse corte temporal-espacial nos permite definir tanto o território a ser mapeado quanto os dados a serem coletados.

5.1.1

Características dos depoimentos selecionados

Selecionamos depoimentos de quatorze mulheres em três sites que divulgam a ideologia do Parto Humanizado, iniciado na década de 60-70, na

América do Sul, com o nome de Parto sem Dor. Como os depoimentos são acessíveis na internet, não é necessário o termo de consentimento por se tratar de um material de domínio público consentido.

1- Márcia – mãe de uma menina, parto domiciliar (depoimento de 2008 extraído do site Núcleo Lua Nova);

2- Thaís - mãe de uma menina, parto natural hospitalar (depoimento de 2009 extraído do site Núcleo Lua Nova);

3- Andréia – mãe de dois meninos, parto normal hospitalar (depoimento de 2005 extraído do site Gama);

4- Patrícia – mãe de um menino, parto normal hospitalar (depoimento de 2006 extraído do site Gama);

5- Carolina – mãe de uma menina, parto na água na casa de parto (depoimento de 2007 extraído do site Amigas do Parto);

6- Meire – mãe de dois meninos, parto normal hospitalar depois de uma cesárea (depoimento de S/D extraído do site GAMA);

7- Meire – mãe de dois meninos e uma menina, parto domiciliar (extraído do site GAMA);

8- Rosana – mãe de uma menina e dois meninos, parto domiciliar depois de duas cesáreas (depoimento de 2006 extraído do site GAMA);

9- Márcia H. – mãe de dois meninos, parto domiciliar depois de uma cesárea (depoimento de 2006 extraído do site GAMA);

10- Francine – mãe de uma menina, parto em casa de parto (depoimento de 2009 extraído do site GAMA);

11-Talita Máira – mãe de uma menina, cesárea (depoimento S/D extraído do site GAMA).

12- Cíntia – mãe de uma menina, cesárea depois de tentativa de indução (depoimento de 2006 extraído do site GAMA)

13- Isa – mãe de um menino e uma menina, cesárea (depoimento de 2005 extraído do site GAMA)

14- Adriana – mãe de menina, cesárea (depoimento S/D extraído do site GAMA).

Dentre essas quatorze mulheres, 2 (duas) tiveram parto em casa de parto, 4 (quatro) tiveram parto normal ou natural hospitalar, 4 (quatro) tiveram parto cesárea e 4 (quatro) tiveram parto domiciliar. Todas essas mulheres estão enredadas nesse universo produzido pelo Parto Humanizado: elas consomem valores do Parto Humanizado quando vão fazer yoga para gestante, contratam uma doula, uma equipe de profissionais “humanizados” que, na maior parte das vezes, não são vinculados a nenhum plano de saúde. Essas práticas produzem desejos, demandas nas mulheres gestantes, assim como processos de normatização relativos ao parto humanizado.

5.1.2

Discutindo os depoimentos

Nos quatorze depoimentos colhidos nos três sites predominaram alguns temas relacionados aos conteúdos mais frequentes, comuns e recorrentes que surgiram nas diferentes narrativas: 1) Parto humanizado: uma alternativa à industrialização do parto, 2) Práticas produtoras de desejos, 3) Parto dos sonhos, o parto ideal: a mulher como protagonista, e 4) Cesariana: frustrações e tristeza quando se quer um parto naturalmente “natural”.

5.1.2.1

Parto humanizado: uma alternativa à industrialização do parto



Figura 16: Ilustração da obra de Rösslin, representando um parto de 1513

As discussões sobre o parto humanizado vêm ganhando relevo nos últimos anos, sobretudo por força das “celebridades” adeptas ao movimento pela humanização do parto e nascimento. Com isso, o jeito natural de parir desenhou uma estética própria de parto.

Li livros, pesquisei sites, descobri o GAMA (Grupo de Apoio à Maternidade Ativa), fiz cursos, conheci a minha doula (a querida que me acompanhou no parto) e com tudo isso, minha cabeça se abriu definitivamente para o parto normal (Patrícia).

Quando entrei no quarto, fiquei emocionadíssima! Todo escurinho, quentinho, com uma musiquinha suave e um clima super aconchegante que a Ana Flávia preparou junto dos outros profissionais. Ali pude vivenciar o que entendia por "Casa de Parto". Realmente era um ambiente caseiro, com pessoas afetuosas e acolhedoras (Carolina).

Há algumas décadas, especialistas no assunto vêm ofertando o parto ideal, às mulheres desejosas de humanização no parto. Aos poucos, o parto humanizado virou mercadoria, tornando-se mais comum nas classes sociais mais abastadas. Não bastam médicos ou parteiras humanizados, mas também é preciso uma doula - profissional que acompanha a mulher durante o parto e no pós-parto - aulas de yoga, ginástica para gestantes, meditações específicas, nutricionista, entre outras especificidades.

Essa rede de cuidados em torno da gestante e da puérpera gera demanda por parte dessas mulheres-mães que acreditam que irão se beneficiar com todo esse aparato. Em meio a tantas ofertas de trabalhos com mulheres gestantes ou puérperas, temos um mercado próprio incutindo fortemente nas mulheres a vontade de ter parto humanizado.

Aliás, foi o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento que “politizou fortemente a questão do parto” (Tornquist, 2007, p. 145) ao mostrar que as mulheres poderiam ser protagonistas de seus partos. Essa desterritorialização daquilo que se instituiu por muitos anos, o parto hospitalar, abriu um novo espaço de saber. Entretanto, o que foi antes revolucionário, a possibilidade de escolha da mulher-mãe sobre o seu parto, tornou-se um saber instituído por gerar um outro modelo de como parir.

Nesse processo histórico aparece a figura da doula, uma mulher que durante o trabalho de parto desperta nas mulheres gestantes, prontas para parir, uma sensação de proteção e conforto, como podemos constatar nos relatos abaixo:

Decidimos que a presença de uma doula seria fundamental, e minha doula foi nossa "anja" nessa empreitada. Também conhecemos o Dr.C., neonatologista "do bem" que nos ajudou a trazer o nosso filho ao mundo (Patrícia).

...e ficamos encantados com ela. Meu marido resolveu na hora que deveríamos contratar ela como minha doula e assim foi. Nesse bate papo, ela nos contou sobre o seu dois partos, nos explicou sobre os diferentes partos e nos passou algumas opções de médicos e de parteiras que faziam o parto humanizado (Márcia).

A minha doula faz uma massagem deliciosa nas minhas costas (Andréia).

A condução do parto é de total relevância para os adeptos do parto humanizado. Afinal, suportar as dores da contração, os puxos, a expulsão é o ideal de parto que se deve almejar. Tanto é que muitos relatos ficam circunscritos aos preceitos do parto humanizado, como uma meta a ser alcançada custe o que custar, pois se acredita no corpo feminino - que funciona naturalmente - e no parto como um evento fisiológico e, portanto, natural.

No relato de Carolina, a ausência de anestesia foi uma escolha para vivenciar o parto na sua plenitude

Fiz força somente quando meu corpo pediu (e ele pede mesmo!) e, mais perto do momento expulsivo, tive a sensação de que ia rasgar toda. Quando o obstetra falou que só faltava a Larissa vencer a resistência do meu períneo, pedi pra ele cortar tudo porque já estava cansada e com muita dor. Mesmo assim não tive vontade e nem senti necessidade de tomar anestesia (Carolina).

Enquanto Meire fica na expectativa do corpo naturalmente parir, ela dissocia sua consciência do que deveria ser feito e do seu corpo que não parece corresponder as suas expectativas.

Chegaram as 40 semanas e nada. Comecei a desanimar: será que eu ia morrer na praia??? Será que o meu corpo não tá sacando que tá na hora de pôr esse bebê pra fora?(Meire)

Nesse caso, a conscientização do processo do parto não é garantidora de um parto bem-sucedido, nos moldes do movimento, o que provoca frustração nessas mulheres. No caso de Meire, o desfecho foi satisfatório e, para ela, surpreendente.

Quando chegamos na sala de parto, colocaram minhas pernas nas perneiras, a dra. Andréa foi se posicionar, e eu a vi abrindo um sorriso pro Dr. J. e dizer: "Ele tá

aqui, o bebê desceu!”.Ninguém acreditou! Dr. J. me mandou fazer força agora. E eu ouvi o Teo chorar. Ele nasceu assim, facinho. Dr. J. mandou colocar sobre meu colo, ele parou de chorar na hora, foi muito emocionante mesmo! Eu tinha conseguido. Não acreditei!(Meire).

Entretanto, outro aspecto relevante do parto humanizado diz respeito ao envolvimento necessário com a gestante, para entender melhor seus medos, suas ansiedades, suas expectativas, e poder, de algum modo, solidarizar-se (Rautter & Trench, 2005). Nesse momento, a figura da doula cumpre o papel de orientar a mulher quanto ao parto, dissipando dúvidas, receios, fantasias, ou, durante o parto, posicionando-se atrás da parturiente, dando-lhe apoio físico e emocional (Aires, 2006). Dessa forma, se firma a importância do movimento, como um resgate de algo que ficou para trás, de natureza ancestral.

Noites antes (do parto), sonhei com frequência com a presença de uma parteira que me parecia asteca ou inca. Uma senhora de certa idade, baixa, cabelos escuros e presos num coque, roupas negras com uma faixa colorida ou talvez fosse uma capa, não sei ao certo. Podia ser uma avó “bicho-grilo”, mas eu sabia que era uma parteira. Ela sempre me fitava de longe, não sorria, mas me fazia sentir que estava acolhida e compreendida. Sua serenidade trazia segurança e confiança. Foi depois dela surgir, que passei a sentir força muito grande e muita confiança para parir. Todas as mulheres do mundo estavam comigo e eu podia dar conta, eu conseguiria (Márcia)

Nesta concepção naturalista, afirma Tornquist, no

Parto Natural ou Humanizado estão presentes uma representação do corpo feminino como corpo destinado à maternidade, do corpo do bebê como o centro do processo, e do corpo médico como aquele que possibilita o chamado “resgate” desta natureza perdida (2007, p.158).

Nesse sentido, precisamos nos animalizar. Nesse campo alternativo, há uma entronização da natureza e da valorização da sexualidade presentes na imagem da mulher selvagem (e similares), muito presente no campo alternativo e bastante aceita pela vertente biomédica.

Cabe notar que a crítica contundente sobre o modelo medicalizado é hoje em dia relativizada em parte. Segundo Tornquist,

o Grupo Cochrane, reconhecido como científico que tem publicado o maior acervo de pesquisas no campo da assim chamada Medicina baseada em evidências, recebeu forte influência dos movimentos feministas e da Nova Era, porém, “traduziram” suas preocupações para o campo científico, a partir de critérios internos a este (2007, p.156).

5.1.2.2

Práticas produtoras de desejos



Figura 17: Maternidade, Pablo Picasso (1905)

Com a proposta do parto humanizado nos anos 50 fomentado por profissionais de camadas médias, considerou-se que “as mulheres poderiam dar a luz de forma ativa e independente, ao contrário do que a medicina ocidental postulava, ao torná-la alvo de forte intervencionismo” (Tornquist, 2007, p. 145). Essa ruptura do que estava instituído produziu uma nova realidade, provocando um novo modo de subjetividade, que define uma outra maneira de perceber o mundo.

Essa discussão se ampliou para a assistência ao parto em geral e no âmbito da saúde pública, o que gerou um processo de constituição de uma nova identidade sobre a maternidade. Nesse contexto, positiva-se o ato de parir da mulher, e reitera-se a noção de maternidade como constitutiva do gênero feminino. Nesse contexto, o feminismo se configura como um dos campos em que as categorias natureza e seus corolários (instinto, intuição) são o eixo de permanente debate.

Essas temáticas reforçam a crença de que a maternidade é natural, e que temos formas de ser mãe definidas previamente ao gênero feminino, por meio da natureza. Essa “maternidade naturalizada”, como denomina Badinter (2010) no seu mais recente livro “Le conflit - la femme et la mère”, seria para a autora um retrocesso ao modelo antigo, de mãe cuidadora e pai provedor. Assim sendo, na tentativa de singularizar o parto humanizado, criou-se um outro modelo instituído de parto, posto que a política é ação, carregada de implicações (Guattari e Rolnik, 2005).

Recentemente, o site Núcleo Nova Lua disponibilizou a entrevista da famosa supermodel Gisele Bündchen ao Fantástico, programa da Rede Globo de televisão. O marketing gerado em torno da gestação e do pós-parto de Gisele Bündchen, representante da “maneira ideal de ser mãe” - que teve seu parto humanizado e que, amamenta, não tem babá, cuida do bebê, e se desliga de sua vida profissional mesmo que temporariamente ou parcialmente. Essa forma/fôrma de mãe acaba por regular modos de ser, de existir, próprios à sociedade contemporânea. Nesse sistema de identificação, controla-se o modo de existencialização das mulheres que desejam ou estão gestantes ou mesmo são mães recentes.

Desta forma, a mídia dissemina um modo de ser “Gisele”, um modo “bacana” de se ter filho. Não é incomum encontrarmos relatos parecidos com o discurso propagandeado nos sites destinados aos partos humanizados, vejamos alguns:

Comecei o meu pré-natal com uma médica do convênio. Na época eu fazia aulas de yoga e minha querida professora Nírmala começou a me falar sobre o parto humanizado, para eu olhar a possibilidade de fazer meu parto em casa. Na hora achei que ela estava ficando louca. Meu marido tinha a certeza que deveríamos fazer o meu parto em casa, mas eu ainda não tinha tanta assim até ouvir a Márcia. Nessa consulta, mais uma vez nos apaixonamos e decidimos na hora que realmente faríamos em casa e com ela. (Márcia)

As contrações vinham e iam e o tempo entre elas não era longo. Pude me movimentar e me alimentar de acordo com a minha vontade e a Drika massageava as minhas costas a todo instante, pois o incômodo era grande. As dores foram ficando mais forte e ela também me ajudou nas posições mais confortáveis. A água quente batia nas minhas costas enquanto estava sentada na bola e foi aí que o Dr. Vicente chegou. A sensação nesse momento era de que a Gabriela se movimentava muito, fazendo forças para vir ao mundo encontrar aqueles que tanto amam. Eu tinha vontade de rir sempre que uma contração acabava, um riso para a vida, para o grande amor que estava chegando (Thaís).

No caso de Patrícia, a informação sobre o que ela mesma chama de o “admirável mundo novo”, que é a gravidez, foi fundamental para despertá-la para esse tipo de parto, o humanizado.

Quando fiquei grávida, foi um misto de alegria e temor ao mesmo tempo. Pensava comigo mesma: “E agora, como vai ser?”. Para minha sorte, uma prima muito próxima também estava grávida, e ela começou a me mandar e-mails sobre a gravidez e parto. Através desses e-mails fui me interessando cada vez mais pelo assunto e passei a pesquisar pela internet tudo sobre o parto normal e cesárea. (...) Sorte que me interessei pelo assunto e um mundo novo foi se

escancarando à minha frente. Li livros, pesquisei sites, descobri GAMA (Grupo de Apoio à Maternidade Ativa), fiz cursos, conheci a minha doula (querida que me acompanhou) e com tudo isso, minha cabeça se abriu definitivamente para o parto normal (Patrícia).

Nesse sentido, é ofertado um produto, o parto humanizado, que suscita o desejo nas mulheres em consumi-los para alcançar o futuro prometido, qual seja, um “belo parto”. Com isso, cria-se a ilusão de que sempre foi assim, natural, ocultando, na história do parto, os falecimentos por conta dos partos mal-sucedidos, difíceis. Nesse sentido, Odent brinda a tecnologia biomédica por salvar vidas.

5.1.2.3

Parto dos sonhos, o parto ideal: a mulher como protagonista



Figura 18: Maternidade, Joan Miró (1924)

A estética do parto humanizado, com os anos de prática, gerou um modo específico de parir. No entanto, foi se construindo um terreno próprio para vivenciar essa experiência, não levando em consideração as especificidades de cada mulher e suas limitações, tanto emocionais quanto físicas.

Nos relatos, constata-se que a busca pelo parto humanizado é a busca por um ideal, o parto dos sonhos,

Empurro mais uma vez, com toda a força que ainda tenho e sinto ele nascer. É uma sensação única, maravilhosa, é um escorregar, mas que não se compara a nada nesse mundo. E a dor passa, é como se nunca tivesse acontecido. Logo ele chora e é colocado no meu colo. Todo sujo de vérnix. É como se todo o resto da

sala sumisse. Só existem eu, o Marcelo (que não sei quando apareceu do meu lado) e nosso filhinho. Ele fica um tempão conosco. Mas eu estava tão cansada que tinha medo de deixá-lo cair. Minha mãe corta o cordão umbilical e eu peço para a pediatra examiná-lo, quero que tenham certeza que ele está ótimo. Ele volta para meu colo. A doula me ajuda a colocá-lo para mamar, mas ele não quer (Andréia).

Hoje me sinto mais forte para a vida e para tudo o que está por vir. Ter optado por participar ativamente do nascimento da Gabriela em um parto natural e humanizado foi a melhor decisão que tomei para a sua chegada. Acredito que os laços que nos unem se fortaleceram ainda mais a cada contração nessas horas de espera. E depois disso tudo, vê-la mamando logo que nasceu reconhecendo o meu seio, cheirando e tirando seu alimento me deixou muito confiante em minha mais nova missão: SER MÃE!(Thaís).

Eu adorei parir em casa: a Manuela ficou a noite inteira do meu lado, enrolada nas minhas cobertas, para eu aquecê-la. Nada de pedir permissão pra ninguém pra ficar com seu filho. Quando eu entrei na lista, achava que isso soava prepotente mas não é. Sem necessidade, pra que te separar do teu filho? A Manuela não saiu do meu lado nem um minuto (Meire II).

Também poderia contar com a presença de pessoas queridas na hora do parto, um ambiente tranqüilo e acolhedor e uma equipe de confiança afinada com os meus ideais. Saber que eu poderia ser protagonista do meu parto, que eu poderia parir sem nenhuma intervenção foi uma grande descoberta. Se meu corpo era são e perfeito para gerar uma vida, ele também o era para trazê-la ao mundo. Confesso que ainda sentia um pouco de medo da dor, mas diante de tantas informações novas, eu estava realmente disposta a enfrentar o que viesse (Patrícia).

Nesse momento fiquei com muito, muito medo da dor, mas a V. com toda sua sabedoria soube me trazer de volta a minha realidade, fez um "teatrinho" e me disse pra dizer o que eu queria de verdade... Se eu queria realizar o MEU SONHO ou desistir e ir para o hospital... Nessa hora minha irmã e minha prima foram FUNDAMENTAIS para me lembrar tudo aquilo que eu sempre disse para elas e principalmente NÃO ME DEIXEM DESISTIR! Suas palavras de apoio e incentivo me fizeram acordar de um transe no qual eu estava lá na Partolândia (Rosane).

Nestes depoimentos podemos entender sobre “os meus ideais”, “ser protagonista do meu parto”, “se meu corpo era são e perfeito para gerar uma vida...também o era para trazê-la ao mundo”, “meu sonho..”, “minha nova fase...”, como fazendo parte de uma ideologia individualista e naturalizante que incute nas mulheres valores como autonomia, liberdade, escolha e desejo (Tornquist, 2007, p.145). Apesar do papel materno não ser evidente, como alerta Badinter (1985), acredita-se numa natureza feminina inerente a toda mulher. Nesse sentido, supõe-se que o empoderamento das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado ou submetido. Para isso, criam-se modos de parir, nos quais o homem, a mulher e os

especialistas formam o conjunto da obra. Estrutura-se um cenário propício onde todos os atores se posicionam para agir.

Contudo, Michel Odent¹² (2002), que contribuiu para humanizar o processo do nascimento, reconheceu que durante o parto a privacidade é um fator importante para a condução do processo involuntário e relacionou as intervenções abusivas a uma série de distúrbios próprios da civilização. Sendo assim, o aparato que se criou no interior da ideologia do parto humanizado acabou por alternar o curso daquilo que eles mais pregam - a natureza feminina. Odent ressalta a necessidade “de privacidade, intimidade, calma, liberdade de vivenciar o parto em qualquer posição” (p. 48). Nesse caso, segundo ele, a presença do companheiro na sala de parto pode ser prejudicial, lentificando o processo.

Dessa forma, o parto humanizado é ideal para quem? Visto que ele não cumpre aquilo que prometeu, a saber, o retorno ao natural; quando sugere formas de conquistar um parto dos sonhos, que implica consumir modos de gestar que não estão em conformidade com as condições naturais de se ter filho de fato. Verdadeiramente, temos uma ambiência que propiciadora de um tipo de parto, que compreende por vezes uma banheira especial, uma equipe especializada nesse tipo de parto, a música que foi escolhida previamente, a luminosidade, a temperatura do ambiente, a escolha do que se quer comer durante o parto, após o parto, enfim, cria-se um cenário que parece estar distante do natural, da animalização almejada.

Logo a dilatação está completa e eu posso começar a empurrar. Alguém lembra de desligar a luz da sala, ligar as estrelinhas do teto e a música que eu havia escolhido. O Dr. Ricardo me ajuda a respirar e empurrar, me pedindo para fazer força contra a mão que ele apóia sobre a minha barriga. A doula segura um espelho para que eu possa ver o nascimento (Andréia)

¹²Obstetra francês pioneiro na introdução de banheiras de parto, facilitando o nascimento em hospitais.

5.1.2.4

Cesariana: Frustração e tristeza quando se quer um parto naturalmente “natural”



Figura 19: Estudos de embriões, Leonardo Di Vinci (1510-13)

Com o advento do parto humanizado ou natural, o parto cesárea tornou-se um grande vilão do qual devemos nos proteger. Afinal, produziu-se por muitos anos o ideário de que a mulher que consegue dar à luz de forma natural (perfeita, modelar) é aquela que teria se desinvestido dos ditames da cultura (ocidental, medicalizada, patriarcal) e recuperado um estado de maior proximidade com a chamada natureza, que, contrariando a obstetrícia hegemônica, é vista como positiva e não requerente de intervenções excessivas. Esse pensamento gerou impasses importantes na prática materno-infantil sobretudo hospitalar, onde a intervenção cirúrgica por vezes é necessária.

Ela (a médica) insistiu para não passarmos de 40 semanas (aqui no Brasil, os obstetras tem um conceito de duração da gestação diferente da OMS!). Sai do consultório muito triste e chorei muito. Comecei a me exercitar como uma louca para que meu colo diminuisse. Com 39 semanas e 3 dias, minha bolsa rompeu. Fui para o hospital na maior felicidade pois minha filha nasceria na data que ela escolheu!). No exame da admissão a notícia ruim, meu colo estava grosso, posterior e com zero de dilatação. Acabei na cesárea, que pelo menos foi humanizada, com minha filha amamentando na sala de parto e tomando seu primeiro banho. Minha filha é linda e muito saudável, mas minha frustração ainda não passou por não ter conseguido realizar o ato mais natural e mais bonito na vida de uma mulher!!! (Talita).

Eu me perguntava "por quê???". Estávamos tão perto e, de repente, tudo mudou. As dores continuavam. Felicidade e tristeza, superação e frustração, tudo se misturava em mim. Eu me fortalecia em saber que tentara de tudo e que não

arriscaria a vida da Maya. Pensava que as coisas não acontecem por acaso, tinha que acontecer daquela maneira (Cíntia).

As alegrias, os medos, incertezas, estão presentes nos relatos. Segundo Szejer, o momento de mudanças gera muitas emoções diferentes. O que para essas mulheres parece ter sido o diferencial foi o acompanhamento da doula na hora do parto e os cuidados especiais dados a elas.

Podemos verificar nos relatos de mulheres que não consideram o desfecho esperado, o parto natural ou normal, a frustração e o sofrimento por não terem exercido sua função materna, de mulher, de não terem cumprido seu destino natural, esperado.

Essa frustração é insuportável para muitas mulheres-mães que anseiam pelo parto humanizado. Acreditam que “ser mãe é um ato bastante instintivo e natural”, e que ter um filho é uma prova que “...Deus fez a mulher perfeita e com a capacidade de parir...”. Sendo assim, não corresponder às expectativas produzidas durante a preparação para o parto gera muita expectativa na mulher-mãe que deseja o “melhor parto” para seus filhos nascerem saudáveis, o parto humanizado.

Nesse caso o “empoderamento da mulher na hora do parto”, prerrogativa na ação do parto humanizado, fica comprometido pela falta de gerência da mulher sobre o próprio corpo, como essa fosse uma escolha dela.

Segundo Tornquist (2002), nessa estética do parto a construção de uma forma mais natural de parir se coloca como um modelo a ser seguido: trata-se, enfim, de alcançar o 'Belo Parto', como sugeriu Cláudia Fonseca (1997) em sua etnografia feita em uma maternidade francesa. Fonseca observa que os cursos de preparação para o parto, naquele contexto, forjavam um modelo idealizado de parir, o qual, no entanto, nem sempre era alcançado pelas mulheres que os faziam.

Esse modelo idealizado pelo Movimento do Parto humanizado produz um entendimento individualizante sobre a ação do parto, que tem a mulher como protagonista. Dessa forma, responsabiliza-se a mulher pelo tipo de parto que trouxe seu filho ao mundo, o que pode ser compreendido como seu sucesso ou fracasso.

Birman (2005), ao examinar o campo social da atualidade constata o autocentramento do sujeito. Isso significa dizer que o autocentramento se

apresenta primeiramente sob a forma da estetização da existência, na qual o que importa para a individualidade é a exaltação do próprio eu. Nesse sentido, a mídia se destaca como instrumento fundamental para que se forje o polimento exaltado de si-mesmo pelo indivíduo. Nessa direção, o movimento pela humanização do parto e do nascimento, quando convocam as mulheres a individualizar-se, colocam-nas no lugar de protagonistas, donas do seu parto, ao mesmo tempo que esperam delas uma performance condizente com o ideário do movimento. Entretanto, quando fracassa a tarefa de glorificação do eu, as luzes se apagam, restando, muitas vezes, a culpa, a decepção em meio ao breu.

Por volta das 2hs da manhã do domingo (portanto, 39 semanas e 4 dias!), decidimos ir para o Centro Cirúrgico. Eu sentia nisso uma mistura de fracasso com alívio. Não posso negar meu desejo pelo parto normal, mas acredito que tudo tem seu limite. E pra mim, ele tinha chegado . Então, descemos para o Centro Cirúrgico (Isa).

Estávamos tão perto e, de repente, tudo mudou. As dores continuavam. Felicidade e tristeza, superação e frustração, tudo se misturava em mim. Eu me fortalecia em saber que tentara de tudo e que não arriscaria a vida da Maya. Pensava que as coisas não acontecem por acaso, tinha que acontecer daquela maneira (Cíntia).

Considerações Finais

“A última via aberta por Foucault é extremamente rica: os processos de subjetivação não têm nada a ver com a “vida privada”, mas designam a operação pela qual os indivíduos ou as comunidades se constituem como sujeitos, à margem dos saberes constituídos e dos poderes estabelecidos, que passam a dar lugar a novos saberes e novos poderes”.

Signos e acontecimentos – Gilles Deleuze

Nessas páginas, percorremos caminhos que nos fizeram testemunhar sobre o ideário que compõe a maternidade naturalista e o parto humanizado. Fomos, então, em meio aos acontecimentos, rachando palavras, daquilo que não pode ser representado, que radicaliza. Nesse percurso, podemos dizer que, se por um lado entendemos o desejo da ruptura, da transformação do modelo de atendimento ao parto no Brasil por parte do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento, por outro percebemos o quão paradoxal é seu discurso ao positivar aquilo que é natural do humano e negar a concepção tida como tecnocrática, social, cultural e ocidental, ao mesmo tempo em que propõe em seus manuais a necessidade de aprender a recuperar instintos supostamente perdidos através de técnicas e exercícios específicos (Tornquist, 2002).

Esse argumento é sustentado por se considerar o parto como uma construção social. Nesse sentido, há a criação de uma pedagogia do parto, uma didática da gestação, que propaga ideias de formas de melhor parir, de melhor cuidar do bebê, pretendendo despertar a natureza feminina de gerar, de colocar o filho no mundo, de cuidar. Para isso, criam-se determinadas formas e fôrmas de ser mãe, sustentadas pelo desejo coletivo de consumir um tipo de maternidade. Produzem-se, com isso, 'verdades verdadeiras' baseadas na valorização de um espaço de poder e de saber comum à mulher atual, que escolhe dar à luz, que é dona de seu corpo e de sua sexualidade. Pensamento comum introduzido pelo movimento renascentista e ampliado pelo movimento iluminista, que revaloriza o humano, encarando-o como devendo tornar-se sujeito e dono de seu próprio destino.

Além disso, as explicações em torno da natureza e da cultura oscilam de um polo a outro dessa dicotomia solidamente implantada. Em ambos, entretanto, mantém-se a crença de que as coisas existem por si mesmas e que, ao serem dadas à mulher para serem conhecidas, resta a ela a tarefa de dominá-las.

Ao não se perguntar sobre a proveniência das coisas, naturaliza-se tudo ao seu redor, e persegue-se, então, caminhos que, acredita-se, a levarão aonde tudo começou. Nessa direção, o movimento postula um retorno a uma vida mais natural, tendo no modo de vida indígena um modelo a ser seguido. Isso porque asseguram que os partos das mulheres indígenas são muito superiores aos nossos ocidentais, fisiologicamente adequados, e que, portanto, o parto de cócoras seria o mais natural. Dessa forma, não há possibilidade de acolher a diferença. Se há tempos a cesariana era reconhecida como um bom parto, atualmente essas mesmas forças nos impulsionam para o parto humanizado. Assim, “negamos a multiplicidade que nos compõe e que empresta ao viver o colorido, que só conseguimos pelos encontros que fazemos, que nos afetam, que nos deixam alegres ou tristes, que nos dão potência ou, ao contrário, nos enfraquecem” (Gomes, 2010, p. 223). Nessa direção, abandonamos mulheres-mães não condizentes com o modelo instituído, por serem diferentes.

Ao radicalizar a crítica assumida pela OMS ao modelo “tecnocrático”¹³, o movimento busca uma forma natural de parir, remetendo à categoria de instinto universal. Nesse sentido, como assinala Tornquist (2002), coloca-se o ser humano fora da história e liberto da cultura, acreditando que “humanizar” é sinônimo de “animalizar”. Em contrapartida, diferenciando natureza de cultura, Hannah Arendt considera que a condição humana diz respeito às formas de vida que o homem impõe a si mesmo para sobreviver, e é assim que nos condicionamos, aprendendo e apreendendo. Diante dessa concepção, humanizar é socializar, é entrar na cultura.

Entendido dessa maneira, sabemos que cada sociedade tem sua maneira peculiar de organizar e moldar a vivência do nascimento, tem formas de controlar a vida, o que Foucault chama de “biopoder”. Nessa direção, o ideário do movimento pela humanização do parto e do nascimento atrelou a mulher à natureza, o que, curiosamente, tem permeado a biomedicina desde o século XVIII

¹³Termo proposto pela a ativista e antropóloga norte americana Robbie Davis-Floyd.

e que envolve, segundo Tornquist (2002), noções de natureza, de cultura e de instintividade. As publicações e referências que circulam no movimento associam imagens da figura da mulher à espiritualidade, aos elementos da natureza, acreditando, com isso, que o parto, sendo um evento fisiológico e natural, é simples e sadio. Dessa forma, desconsidera-se os imprevistos que nos acometem, que acabam nos fazendo destoar desses modelos ideiais de “belo parto”¹⁴. Nesse sentido, podemos sugerir um olhar desconstrutor derridiano que propõe uma dimensão mais verdadeira da alteridade, reconhecendo no outro a impossibilidade de defini-lo, conceitualizá-lo, aprisioná-lo, analisá-lo. O ideário do movimento, portanto, assemelha-se ao do movimento higienista do XIX, pois procura controlar modos de viver, de parir, expropriando as mulheres de seus territórios subjetivos para designá-la a assumir sua missão, qual seja, a maternidade. Sendo assim, os desdobramentos do discurso da humanização do parto ainda se limitam a reproduzir categorias como as de instinto materno e de natureza, mesmo que ressignificados em outro momento sociohistórico.

Fazendo um contraponto, acreditamos que essa história contada pelo movimento pela humanização do parto e do nascimento foi uma escolha, por isso é possível intervir problematizando-a, desindividualizando-a e experimentando-a. Assim, desvelamos as naturalizações, afirmamos as diferenças, decompondo verdades de concepções tomadas como naturais e universais. Entrando em contato com as multiplicidades, podemos considerar o outro como uma obra em aberta disponível a releituras.

Nesse sentido, a prática do especialista implica responsabilidade nos cuidados com o outro, podendo-se colocar não como poder, mas sim numa relação respeitosa que leva em conta a experiência individual e singular do outro, criando um espaço de narratividade. Isso significa abrir espaços para que a subjetividade experimente, se arrisque em outros modos e composição; a uma subjetividade que se produza heterogênea, plural. Com isso, talvez estejamos começando a definir outras formas de existência, que escapem às universalizações e substancializações. Como nos diz Barros (2009), esse parece ser o desafio para aqueles que se interessam pelos processos de singularização, que se acreditam que ainda vale desbravar outros mundos.

¹⁴Termo que sugerido por Cláudia Fonseca (1997).

No entanto, diferentemente dessa proposta, o que se verifica no âmbito da saúde materno-infantil são discursos impregnados de verdades naturalizadas, sem sentido. Cria-se, assim, a banalização do sentido e, por conseguinte, a estagnação do poder, gerando um espaço de poder mal administrado. Essa má administração compromete as relações humanas, intoxicando-as por não haver possibilidade de circulação de verdades múltiplas e, conseqüentemente, a movimentação do poder, ficando esse retido, preso num único dizer. Nesse sentido, a assistência materno-infantil na sua prática vai aderindo às verdades historicamente construídas que geraram mitos e crenças em torno da figura materna. Essa prática é também produtora de sofrimento, quando abandona mulheres-mães não condizentes com o modelo instituído.

Houve um tempo em que a mulher se isolava para parir, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado vindo de outras pessoas - apenas seguia o seu “instinto”. Afinal, como diriam os ecologistas, o parto era considerado um fenômeno natural e fisiológico (Santos, 2002). Em contrapartida, dizem os autores que se ocuparam com a história da mulher e da constituição da família, tais como Ariès (1978), Badinter (1985), Foucault (1993) entre outros, que a partir do século XIX a mulher assumiu os cuidados quanto à gestação, ao parto e à amamentação, sendo o médico o seu aliado nessa empreitada.

Ao médico do século XIX, representante dos interesses da Igreja e do Estado, foi delegada a missão de preservar a saúde feminina a fim de controlar seu comportamento. Desse modo, definia-se uma política de educação centralizadora das ações de controle, de normalização e de racionalização do corpo feminino.

A partir do fio condutor anterior, podemos afirmar que os efeitos de verdade produzidos pelo saber médico na época contemporânea produz verdades. Esse discurso, investido historicamente de um teor verdadeiro, cumpre uma funcionalidade específica: a de produzir efeitos de poder instituindo regras para o governo das pessoas, dividindo-as, examinando-as, adestrando-as, sujeitando-as. Através desses mecanismos que influenciam nossas formas de sentir, de amar, de sofrer, de agir, entramos num tipo de sociedade denominada por Deleuze (1992) como “sociedades de controle”, onde a vida deve ser vivida de acordo com os padrões de uma sociedade do bem-estar acima de tudo. Nessa maquinária, a mulher é interpelada para posicionar-se não só como mulher, mas como mãe também. Assim, tanto esperam que ela se insira no mercado de trabalho quanto

seja responsável pela operacionalização da educação e da saúde dos filhos (Klein, 2003 e Meyer, 2003a). Nesse sentido, reforça-se e atualiza-se sobremaneira a responsabilidade feminina pela reprodução biológica e social, pela educação dos filhos, pela erradicação da pobreza, das doenças e do analfabetismo, pela demanda e organização de creches, por saúde e por outras necessidades que garantam a sobrevivência da família em contextos sociais cada vez mais precários (Meyer, 2005).

Neste contexto dá-se a politização da maternidade contemporânea, quando algumas redes de poder se colocam em movimento, ativando determinados conhecimentos, dando ênfases educativas, instrumentos diagnósticos e modos de assistir e monitorar mulheres-mães e suas crianças. Isso não significa que estejamos contestando a necessidade e a importância de políticas e programas públicos. Mas estamos discutindo e problematizando efeitos da re-afirmação da centralidade da díade mulher-mãe, mesmo quando esta vem integrada ao termo família.

Desejamos, pois, nesse trabalho, gerar possibilidades outras que façam produzir outros olhares, outras vozes, outros modos de existencialização que rompam com o instituído, mas que tragam o novo, a pluralidade de discursos, a polissemia. Isso para que possam existir mães, mulheres desejosas de não serem mães, como também modos de ser mães, diversos, plurais, outros. Nesse sentido, apostamos nas microtransformações pelas quais não cessamos de passar, nos re-criando a cada instante no transcorrer da vida como um todo. Dito dessa maneira, “viver ultrapassa todo entendimento”, como nos diz Clarice Lispector. Não há garantias, viver é (re)inventar-se constantemente.

Referências bibliográficas

AIRES, M.J. **Gestação, parto e puerpério: uma discussão sobre tecnologia, história e cultura.** In: Cadernos de Gênero e tecnologia/ Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná. Ano 1, n. 1(fev./mar/abr.2005). Curitiba: CEFET-PR, 2005.

———. **Técnica e tecnologia do parto: a produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais.** Curitiba: Universidade Tecnológica Federal do Paraná, dissertação de mestrado, 2006.

ALMEIDA, M.I. **Maternidade: um Destino Inevitável?** Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ARAGÃO, L.T. de. **Mãe Preta, tristeza branca.** In: ROLNIK, S.(org.). Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade – Subjetividade e História, n. 1. Campinas: Unicamp, 1995.

ARENDT, H. **A Condição Humana.** Trad. de Roberto Raposo, Rio de Janeiro: Forense, 1983.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família.** Rio de Janeiro: Zabar Editores, 1978.

AVERBUCH, A.R.; ANELE, A.M.; ARLAQUE, P.C. **Mulher e trabalho: aspectos do cotidiano da vida de mulheres que trabalham no espaço público.** PSICO. Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 29-40, 1995.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

———. **Le conflit - la femme et la mère.** Paris: Flammarion, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BARBAUT, J. **O nascimento através dos tempos.** Lisboa: Terramar, 1990.

BAUMAN, Z. **A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BARROS, R.B. **Grupo: a afirmação de um simulacro.** Porto Alegre:Sulina/Ed da UFRGS, 2007.

BENJAMIN, W. **O Narrador**. In: **Textos Escolhidos**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1983.

———. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1985

———. **Sobre Arte, Técnica, Linguagem e Política**. Tradução de Maria Amélia Cruz *et al.* Lisboa: Relógio D'Água. 1992.

———. **Sobre o conceito da história**. In: **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. - (Obras escolhidas).

BIRMAN, J. **O mal-estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2005.

BOSI, A. **Machado de Assis, o enigma do olhar**. São Paulo: Ática, 1999.

BOURDIEU, P. **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1997.

BOWLBY, J. **As origens do apego**. In: **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 33-47.

———. **Formação e rompimento de vínculos afetivos**. In: **Formação e rompimento de laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes; 1997. p. 167-208.

BRECHT, B. **O Círculo de Giz Caucasiano**. São Paulo: Cosac&Naify, 2007.

BUSNEL, M.C. **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?** São Paulo: Escuta, 1997.

BUTLER, J. **Gender Trouble**. New York and London: Routledge, 1999.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade. Uma Crítica a Freud a Partir da Mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

CONNERTON, P. **Como as Sociedades Recordam**. Oeiras: Celta Editora, 1993.

CORREIA, M.V. **Novas Tecnologias Reprodutivas: Bem-vindas Reflexões Feministas**. Revista Estudos Feministas, São Paulo, v. 6, nº 1, 126-137, 1998.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DELEUZE, G. **Post-Scriptum sobre as Sociedades de Controle**. In: DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DEL PRIORE, M.L.M. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997.

———. **Ao Sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

DERRIDA, J. **A escritura e a diferença**. São Paulo: Perspectiva, 1971.

DIAS, J. **O Renascimento do Parto: Discurso e Identidade**. Brasília. Tese de Doutorado em Linguística. UNB, 2007.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. SP, 1996.

———. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

———. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3): 627-637, 2005.

DOLTO-TOLITCH, C. **Dialogue haptonomique pré- et postnatal, sécurité affective et ouverture au langage**. Présence Haptonomique. Actes du 2ème Congrès d'Haptonomie. 3: 113-126. 18-19 novembre 1995.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUARTE, A. **Heidegger e Foucault, críticos da Modernidade: humanismo, técnica e biopolítica**. Trans/Form/Ação, São Paulo, 29(2), p. 95-114, 2006.

EAGLETON, T. **A Ideologia de estética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

FISCHER, R.M.B. **Mídia e educação da mulher: modos de enunciar o feminino na TV**. In: FUNK, Susana. WIDHOLZER, Nara (Org.). **Gênero em discursos da mídia**. Florianópolis: Ed Mulheres, 2005.

FONSECA, C. **Anatomia de uma maternidade**. Porto Alegre: UFRGS, 1997.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

———. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Trad. M. T. Da C. Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: edições Graal, 1993.

———. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

———. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1999.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala**. Rio de Janeiro: Global, 2006.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidades**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

GOMES, R. **Prefácio**. In: ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 1999.

GOMES, M.C.F. **Resistir é Possível: Sobre a criação e os processos de constituição subjetiva.** Tese de doutorado – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, 2010.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. **Micropolítica- cartografias do desejo.** Petrópolis: Vozes, 1986.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva.** São Paulo: Vertice, 1990.

HAYS, S. **Contradições culturais da maternidade.** Rio de Janeiro: Gryphus, 1998.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

KITZINGER, S. **The sexuality of birth.** In: Kitzinger, S., **Women's experience of sex.** Penguin, Nova York, 1985.

KLEIN, C. **...um cartão [que] mudou a nossa vida? Maternidades veiculadas e instituídas no Programa Nacional Bolsa Escola.** 2003. Dissertação (Mestrado em Educação)–Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

KLEIN, M. **Os Progressos da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

KNIBIELER, Y. **Madres y nodrizas.** In: TUBERT, Silvia (Ed.). **Figuras de la madre.** Madrid: Ed. Catedra, 1996.

LASCH, C. **A cultura do narcisismo.** Rio de Janeiro: Imago, 1980.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos.** São Paulo: Barcarolla, 2004.

LO BIANCO, A.C. **A Psicologização do Feto.** In Figueira, S. (org.) **A Cultura da Psicanálise.** São Paulo: Brasiliense, p. 94-115, 1985.

LOURAU, R. **Les analyseurs de l'Église.** Paris: Anthropos, 1972.

MACHADO DE ASSIS. **Memórias Póstumas de Brás Cubas** (1881). Obra Completa, de Machado de Assis, vol. I, Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

———. **Pai contra mãe.** In: MACHADO DE ASSIS, **Relíquias de Casa Velha,** (1906). Obra Completa, vol. II, Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

MARTINS, A.P.V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MENEZES, J. de A. **Metamorfoses do “Cuidado de Si” – Da Hermenêutica à Performance.** In: FALCÃO, L.F.; SOUZA, P. de. Seminário Internacional Michel Foucault: Perspectivas. . UFSC. CD Rom. Set/2004.

MEYER, D. **A educação ‘da família’ como estratégia governamental de inclusão social: um estudo situado na interface dos estudos culturais, de gênero e de vulnerabilidade.** Projeto de pesquisa (apoiado pelo CNPq). Porto Alegre: FAGED/UFRGS, 2005.

———. **A politização contemporânea da modernidade. Gênero: núcleo transdisciplinar de estudos de gênero – NUTEG,** Niterói, v. 6, n. 1, 2006.

MINAYO, M.C. **O conceito de representações sociais dentro da Sociologia clássica.** In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITC, Sandra (Orgs) et. al. **Textos em representações sociais.** 8.ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1995.

———. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 6 ed. S. Paulo: R. Janeiro, Hucitec-Abrasco. 1999.

MORAES, D. de. **O capital da mídia na lógica da globalização.** In: MORAES, D. de (org.). **Por uma outra comunicação. Mídia, Mundialização e Poder.** Rio de Janeiro: Editora Record, 2010.

MOURA, S.M.S de & ARAÚJO, M.F. **A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos.** Revista Psicologia, Ciência e Profissão, 24 (1), 44-55. 2004.

MOTT, M.L. **A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?** Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, UFSC/ CFH/ CCE, v. 7,n. 1-2, 1999.

———. **Parto.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, UFSC/ CFH/ CCE, p. 399-401, 2002.

NEVES e MASSARO. **Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo.** Interface — Comunicação, Saúde, Educação., vol. 13, supl. 1, p. 503-14, 2009.

NICOLACI-DA-COSTA, A.M. **Sociabilidade virtual: separando o joio do trigo.** In: Psicologia & Sociedade; 17 (2): 50-57; mai/ago.2005.

ODENT, M. **A cientificação do amor.** Ed. Terceira Margem: São Paulo, 2000.

———. **O Renascimento do Parto.** Florianópolis: Saint German, 2002.

PEREIRA, F.C. **O que é empoderamento (empowerment).** Sapiência: Informativo Científico da Fapepi. N. 8, Ano III. Junho de 2006.

PIONTELLI, A. **De feto a criança: um estudo observacional e psicanalítico.** Rio de Janeiro: Imago, 1992.

POLLAK, M. **Memória, Esquecimento, Silêncio.** Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 3,1989.

PRADO, A. **Com licença Poética.** In: **Bagagem.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

PRINS, G. **História Oral**. In: BURKE, P. (org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: UNESP, 1992.

RAMONET, I. **O poder midiático**. In: MORAES, D. de (org.). **Por uma outra comunicação. Mídia, Mundialização e Poder**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2010.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1998.

ROCHA-COUTINHO, M.L. **Variações sobre um antigo tema: a maternidade para mulheres com uma carreira profissional bem-sucedida**. In: FÈRES-CARNEIRO, T. **Família e casal: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: editora PUC-Rio, 2005.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SANTOS, M.L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SARLO, B. **Tempo passado: cultura de memória e guinada subjetiva**. Trad. Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras; Belo Horizonte: UFMG, 2007.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismos e ciências sociais**. São Paulo: editora UNESP, 2004.

SCHWENGBER, M.S.V. **Ensina-se a mais antiga das artes: ser mãe carinhosa**. *Corporalología*, Córdoba, Año 1, nº 3, secc 1, p.7-22, Junio de 2009.

———. **Donas de si? a educação de corpos grávidos no contexto da Pais & Filhos**. 2006. 192 f. Tese. (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal Rio Grande do Sul, 2006.

SELIGMANN-SILVA, M. **Testemunho e a Política da Memória: o tempo depois das catástrofes**. *Proj. História*, São Paulo, (30), p. 71-98, jun. 2005.

———. **Narrar o trauma – a questão dos testemunhos de catástrofes históricas**. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 65-82, 2008.

SENNETT, R. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SERPA Jr., O. **O Mal-Estar na Natureza: Um estudo crítico sobre o reducionismo e o determinismo biológico em psiquiatria**. Belo Horizonte: Te Corá, 1998.

SINGLY, F. **Sociologie de la famille contemporaine**. Paris: Nathan, 1993.

SHORTER, E. **O nascimento da família moderna**. Lisboa: Terramar, 1995.

SLOTTERDIJK, P. **Regras para o parque humano: uma resposta à carta de Heidegger sobre o humanismo.** São Paulo: Estação Liberdade, 2000.

SPINK, M.J (org) & MEDRADO, B.; PASSARELLI, C.A.F.; LIMA, H. MIRIM, L.Y.L.; SPINK, J.M.; PINHEIRO, O.G.; SPINK, K.P.; FREZZA, M.R. & MENEGON, V.M. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano - Aproximações Teóricas e Metodológicas.** S. Paulo: Cortez Editora, 1999.

SALEM, T. **A Trajetória do “Casal Grávido”: de sua Constituição à Revisão de seu Projeto.** In: Figueira, S. (org.) **A Cultura da Psicanálise.** São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 35-61.

SERRURIER, C. **Elogio às mães más.** São Paulo: Summus. 1993.

SZEJER, M. & STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997

SZEJER, M. **Palavras para Nascer: a escuta psicanalítica na maternidade.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SWIGART, J. **Le mythe de la mauvaise mère: les réalités affectives de la maternité.** Éditions Robert Laffont, 1992.

TORNQUIST, C.S. **Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.** Rev. Estud. Fem.vol.10 no.2 Florianópolis July/Dec. 2002.

———. **Parto e Poder: o Movimento pela Humanização do parto no Brasil.** Tese de doutorado. PPGAS, UFSC, Florianópolis, 2004.

———. **O Parto Humanizado e a REHUNA.** In: Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, UFSC, Florianópolis, Brasil, 25 a 27 de abril de 2007.

VAISTMAN, G. **Flexíveis e Plurais: Identidade, Casamento e Família em circunstâncias pós-modernas.** Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VIGARELLO, G.; SANT’ANNA, D. (entrevista). **O corpo inscrito na História: imagens de um arquivo vivo.** In: **Projeto História,** São Paulo, EDUC/FAPESP, n. 21, 2002.

WILHEIM, J. **O que é psicologia fetal.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

WINNICOTT, D.W. **O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Os Bebês e Suas Mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1988a.

———. **Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988b.

———. **A Família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo: Martins, Fontes, 1993a.

———. **Conversando com os Pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1993b.

ANEXO I**Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) no Atendimento ao Parto Normal****A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas**

1 Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família.

2 Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.

3 Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.

4 Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.

5 Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações

6 Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.

7 Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.

8 Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.

9 Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

10 Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.

11 Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.

12 Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente.

13 Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.

14 Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.

- 15 Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
- 16 Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
- 17 Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS.
- 18 Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.
- 19 Esterilizar adequadamente o corte do cordão.
- 20 Prevenir hipotermia do bebê.
- 21 Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
- 22 **Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.**

B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas

1. Uso rotineiro de enema.
2. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.
3. Uso rotineiro de enema.
4. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.
5. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
6. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
7. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
8. Exame retal.
9. Uso de pelvimetria radiográfica.
10. Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.
11. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto.
12. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período

expulsivo.

12. Massagens ou distensão do períneo durante o parto.

10. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.

11. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação.

12. Lavagem rotineira do útero depois do parto.

13. **Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto**

C) Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas

1 Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.

2 Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto.

3 Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto.

4 Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.

5 Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.

6 Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.

7 Clampeamento precoce do cordão umbilical.

8 **Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.**

D) Condutas freqüentemente utilizadas de modo inadequado

1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.

2. Controle da dor por agentes sistêmicos

3. Controle da dor através de analgesia peridural.

4. Monitoramento eletrônico fetal .

5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto

6. Exames vaginais freqüentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços.

7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.

8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
9. Cateterização da bexiga.
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
12. Parto operatório (cesariana).
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
14. Exploração manual do útero depois do parto.

8.1

ANEXO 2 Folder da Campanha da Amamentação 2010

Quando a mãe amamenta, faz muito mais do que alimentar o bebê. Ela transmite amor, carinho, segurança, saúde e proteção. Por isso, se diz que o leite materno é um alimento completo, pois só ele garante tudo que o bebê precisa nos primeiros 6 meses de vida. E continua sendo um excelente alimento até os 2 anos ou mais. A criança que mama no peito fica mais saudável, a mãe fica mais segura e a família fica muito mais tranquila.

Benefícios para a criança

- Na amamentação, o bebê recebe anticorpos da mãe, o que o protege contra doenças como diarreia, infecções respiratórias, óticas e outras infecções.
- A amamentação também contribui com a formação correta dos dentes, além de evitar a obesidade, diabetes e pressão alta.
- A amamentação é um excelente exercício para o desenvolvimento da face da criança, importante para que ela tenha dentes fortes e bonitos, desenvolva a fala e tenha uma boa respiração.
- A amamentação favorece o desenvolvimento físico e intelectual.
- O leite materno tem o sabor e o cheiro dos alimentos que a mãe come. Por isso, a criança que mama no peito aceita melhor os alimentos da família.
- O aleitamento materno fortalece os vínculos afetivos entre a mãe e o bebê.

Benefícios para a mãe

- Recupera mais rapidamente o peso ganho durante a gestação.
- Diminui o sangramento pós-parto, reduzindo o risco de hemorragia e de anemia.
- Diminui o risco de a mulher vir a ter câncer de mama, de ovário e diabetes.
- Ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal mais rapidamente.

Mais informações:
www.saude.gov.br e www.sbp.com.br
0800 3030 1111

Amamente
Dê ao seu filho o que há de melhor.

Amamentar é muito mais que alimentar a criança.
É um importante passo para uma vida mais saudável.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA
SUS
Ministério da Saúde
Governo Federal

8.2

ANEXO 3: Página de abertura dos sites pesquisados: Amigas do parto, GAMA e Lua Nova



Artigos
sobre Parto e
Nascimento



**Para
profissionais**
(cursos,
oficinas,
consultoria)



Para Gestantes
(cursos, yoga,
atendimento)



Produtos
vídeos, livros,
e outros



**Histórias de
Parto**
relatos de
mulheres
especiais



Links
Cadastre-se

Produtos

Produtos para médicos, enfermeiras obstetras, doulas e educadoras: Bola Suíça, Livros, Vídeos, Pôster e muito mais

Cursos/Serviços

Para Gestantes:

Serviços e Cursos para Gestantes e Casais, em vários horários

Novo Endereço

O GAMA está de casa nova, na Vila Madalena: R. Natingui, 380. Venha nos visitar e tomar um chá!

Para Profissionais:

Curso de Formação
de Doulas, Educação
Perinatal,
Humanização do
parto e outros

LANÇAMENTO: DVD AMAMENTAÇÃO SEM MISTÉRIO

O GAMA lança o primeiro vídeo didático brasileiro sobre amamentação, voltado para profissionais e mães, com várias lições sobre aleitamento materno, da história aos problemas mais comuns e suas soluções.

CLIQUE AQUI PARA SABER MAIS!

- ☞ Quem Somos
- ☞ Onde Estamos
- ☞ Mapa do Site
- ☞ Fale C

2. Amigas do Parto

PARTICIPE
AUDIÊNCIA PÚBLICA
CONTRA EXCESSO DE CESARIANAS NO BRASIL
Quarta-feira, 26 de setembro, em São Paulo

**APRESENTAÇÃO DO SITE**

Este é um site sobre parto. Você já teve um parto? Ou vai ter? Este é um site sobre parto feito por mulheres brasileiras para mulheres brasileiras.

O que estaria acontecendo com a mulher brasileira? Esquecemos de como dar à luz? Porque as taxas de cesárea estão chegando a 90% em muitos hospitais brasileiros?



Saiba o objetivo deste site clicando aqui.

O PARTO HOJE - O padrão de obstetrícia no Brasil atual

- :: As opções de atendimento mais comuns para a gestante
- :: Como é um parto normal hospitalar padrão
- :: Profissionais que atendem o parto
- :: Tipos de parto (dos tradicionais aos mais humanizados)
- :: Parto Humanizado
- :: Parto de Cócoras
- :: Parto na Água



*Claudia durante o parto,
amparada pela filha mais
velha (outras fotos)*

RESGATANDO O PARTO

É possível ter um bom parto!

- :: Uma nova postura e consciência
- :: Liberdade no Parto
- :: Doulas - Acompanhantes de Parto
- :: A Dor do Parto
- :: Plano de Parto: possíveis escolhas
- :: Parto Normal Após Cesárea
- :: Teste o seu Médico

COMO ERA O PARTO ANTES? COM É HOJE EM OUTROS PAÍSES?

- :: O parto em outras épocas e localidades
- :: O parto na antigüidade
- :: A Medicalização do Parto
- :: O parto em outros países
- :: O parto na Holanda
- :: O parto na Suécia

**Recomende
este Site**



**An introduction
in English**

Parto do Princípio é uma Rede
de Mulheres que luta pela
melhoria do atendimento à
gestação, parto e puerpério.

PARTICIPE!

3. Núcleo Lua Nova

Conheça o Núcleo



O Núcleo Nove Luas é uma iniciativa independente que visa promover uma atitude positiva, ativa e consciente em relação ao ciclo gestação – parto – maternidade.

Acreditamos que a gravidez e o parto são processos naturais, fisiológicos e culturais. Entendemos que humanizar o nascimento é resgatar o protagonismo da mulher, mantendo uma atitude de respeito individual quanto aos desejos, vontades e escolhas no processo. Utilizando-se da tecnologia e das intervenções apenas quando necessárias.

Sabemos da grande importância desde a concepção, passando pela gestação, parto e os 3 primeiros anos de vida na formação de um ser humano. A forma como ele foi concebido, recebido e acolhido nesse mundo, será como ele se relacionará com o mundo.

Por isso, o apoio, a preparação e acolhimento dessa futura mãe durante a gestação é fundamental para ajudá-la a criar a consciência da importância de acolher seu bebê no ventre e dentro do núcleo familiar, de maneira plena e feliz.

Apoiamos a amamentação, o colo, o toque e toda e qualquer forma de troca de carinho que possa ter entre a tríade mãe/bebê/pai.

Valores e princípios:

- Incentivo ao parto normal e natural;
- Incentivo à formação, ao reconhecimento e à prática de enfermeiras obstetras, obstetrites, parteiras e doulas;
- Incentivo ao atendimento multidisciplinar a gestantes, parturientes e puérperas;
- Incentivo ao parto domiciliar, casas de parto e à humanização do atendimento e da ambientação hospitalar;
- Incentivo ao uso das melhores evidências na prática obstétrica e à observância das recomendações da Organização Mundial da Saúde;
- Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e misto até 2 anos de idade ou mais;
- Incentivo do uso de terapias complementares naturais na manutenção e recuperação da saúde física, emocional e energética.