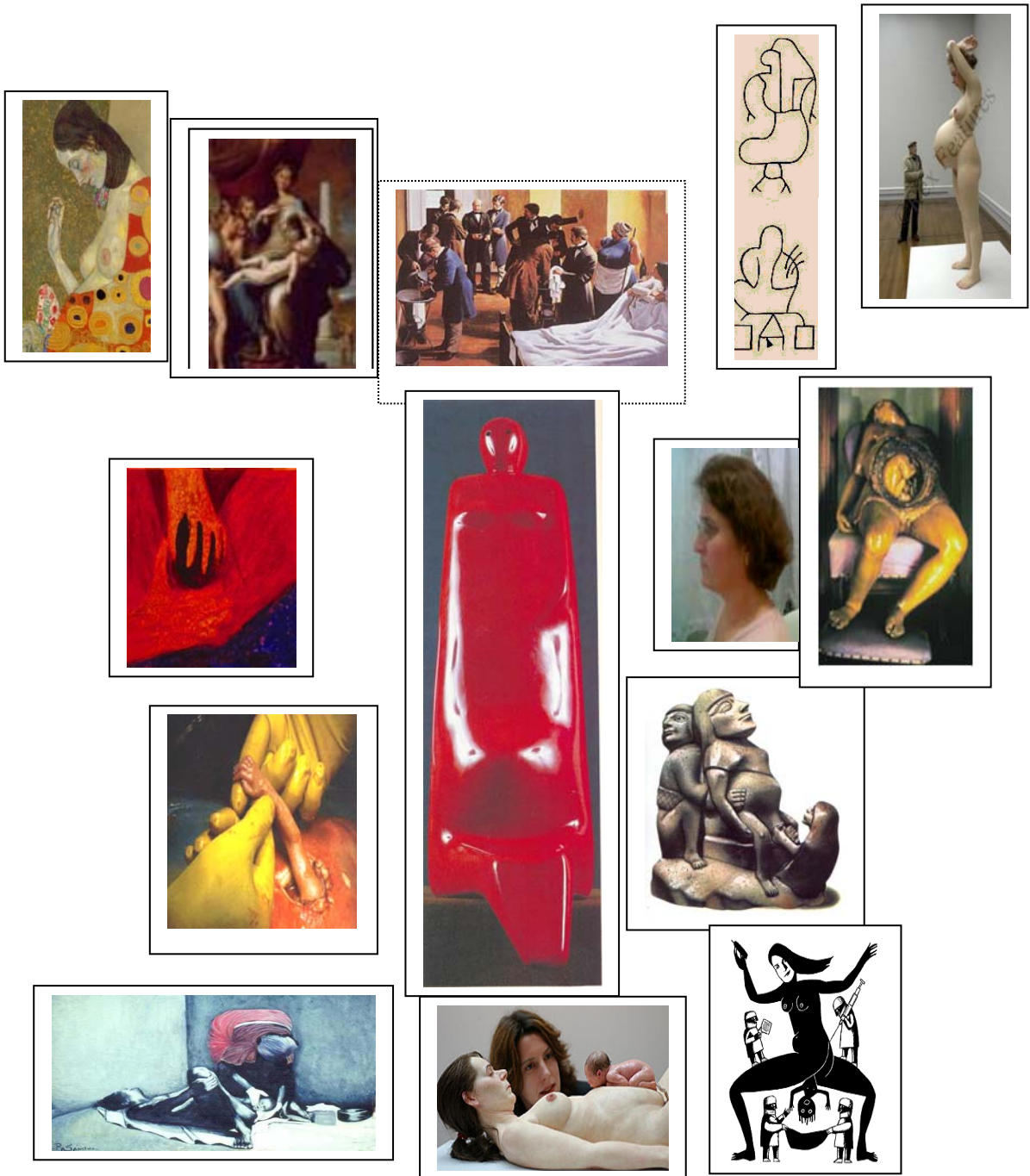


Mariene Jaeger Riffel

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

A ORDEM DA 'HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA EDUCAÇÃO DA VIDA



PORTO ALEGRE
2005

Mariene Jaeger Riffel

**A ordem da *humanização do parto* na educação da
vida**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da
Faculdade de Educação -Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientadora: Norma Regina Marzola

PORTO ALEGRE

2005

R564o Riffel, Mariene Jaeger

A ordem da “humanização do parto” na educação da vida / Mariene Jaeger Riffel ; orient. Norma Regina Marzola. – Porto Alegre, 2005.

238 f.

Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2005.

Inclui resumo: em Português, Espanhol e Inglês.

1. Humanização do parto. 2. Sexualidade. 3. Educação : organização & administração. 4. Vida. 5. Corpo humano. 6. SUS (BR). I. Marzola, Norma Regina. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Feminino.

LHSN – 444

NLM – WQ 300

Catologação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

Mariene Jaeger Riffel

**A ordem da *humanização do parto* na educação da
vida**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da
Faculdade de Educação -Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientadora:

Norma Regina Marzola

Banca examinadora:

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Anna Maria Hecker Luz

Leni Vieira Dornelles

Ricardo Burg Ceccim

PORTO ALEGRE

2005

Às minhas filhas, Laura e Renata, fontes inesgotáveis de disciplina, controle, carinho e vida; ao meu marido, exemplo de paciência e dedicação; a Bruno Pedro Riffel, meu pai, por tudo que ensinou (*in memoriam*); ao meu irmão e irmã, familiares e amigas pela proximidade; à minha mãe, inesgotável fonte de esperança... .

AGRADECIMENTOS

A finalização deste trabalho não representa somente o final do curso de doutorado: ele marca o compromisso assumido para com a produção do pensamento na área da Educação e ratifica meu empenho para com o ensino na área da Enfermagem. Representa, também, a contribuição e a presença solidária de muitas pessoas nos caminhos e descaminhos que possibilitaram minha chegada a este lugar. Por isso, meu agradecimento:

À Norma Regina Marzola, minha orientadora que, conhecendo-me apenas pelos documentos apresentados e pelas provas realizadas por ocasião da seleção ao curso de doutorado, tornou possível esse momento.

Às colegas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, pelo incentivo e disponibilidade em assumir compromissos e atividades para que eu pudesse dedicar-me ao Curso.

Aos colegas de Curso pelos momentos de discussão dos temas relacionados diretamente à tese, ou não, sempre produtivos para a construção de outros modos de pensar.

À minha família, com quem tive a oportunidade de comemorar o final da tese com um mês de antecedência e, assim, desfrutar a alegria da presença de meu pai Bruno Pedro Riffel em seus últimos dias de vida; à minha mãe, irmã e irmão - Adelaide Jaeger Riffel, Miriam Jaeger Riffel e Bruno Fernando Riffel - pelo zelo em minhas dores, temores e cansaço; ao meu marido, Darcy Bitencourt, minhas filhas Laura e Renata, com 17 e 11 anos de idade, pelos abraços, beijos, bilhetes, telefonemas que chegaram sempre na hora certa e em momentos quase sempre inadequados à atenção requerida para a elaboração do trabalho.

A tantas pessoas que povoaram e fizeram desse meu caminhar uma jornada mais prazerosa.

Ao escrevermos, como evitar que escrevamos sobre aquilo que não sabemos ou que sabemos mal? É necessariamente neste ponto que imaginamos ter algo a dizer (DELEUZE, 1988, p. 10).

RESUMO

A presente tese objetivou descrever como se articulam os saberes sobre a 'humanização' para compor políticas relacionadas à educação para o parto como uma das estratégias de educação da vida; de que modo são colocados em operação os poderes que 'humanizam' as políticas de educação para o parto, sua contingência e historicidade e a maneira como o parto 'humanizado' torna-se modo de ordenamento da vida. Conceitos construídos por Michel Foucault, entre os quais dispositivo pedagógico, humanização, sociedade disciplinar, disciplina, corpo, biopolítica, governamentalidade, poder e resistência foram utilizados como ferramentas para a composição do estudo. Os documentos analisados fazem parte da política de humanização do parto e nascimento editados pelo Ministério da Saúde do Brasil. A análise procurou evidenciar rupturas e continuidades nas práticas de parto e os modos pelos quais as sociedades, disciplinar e de controle, produzem formas de educação para fazer viver e deixar morrer. Para isso, buscou-se, em momentos históricos diversos, descrições relacionadas às práticas de parto que ordenaram, de diferentes maneiras, os modos pelos quais o parto e o nascimento tornaram-se dispositivos de disciplina, controle e gerência da população na atualidade.

Palavras-chave: Humanização do parto. Educação: organização & administração. Vida. Corpo humano. Sexualidade. Governamentalidade. Biopolítica. SUS (BR).

Título: A ordem da 'humanização' do parto na educação da vida

ABSTRACT

The current paper aimed at describing how forms of knowledge articulate regarding 'humanization' in order to compose policies related to education for delivery, how the powers that 'humanize' education policies for delivery operate as well as their contingency and history and, in addition, the way how the 'humanized' delivery becomes a way of setting life in order. Concepts constructed by Michel Foucault such as pedagogic device, humanization, disciplinary society, discipline, body, bio-politics, governmentality, power and resistance have been utilized as tools for the composition of the proposed study. The analyzed documents, issued by the Health Ministry of Brazil, make part of the policy for humanization of delivery and birth. The analysis has attempted to evidence ruptures and continuities in the delivery practices and the ways how the disciplinary and control societies produce education forms to promote life and to let die. Therefore, survey has been done in several historical moments, in descriptions related to delivery practices that have put in order, in different manners, the ways by which delivery and birth have become instruments for discipline, control and management of the population nowadays.

Keywords: Humanizing delivery. Education: organization & administration . Life. Human body. Sexuality. SUS (BR). Governmentalit. Bio-politics.

Title: *The order of the 'delivery humanization' on life education.*

RESUMEN

La presente tesis tiene como objetivo describir como se articulan los saberes sobre la 'humanización' para componer políticas en cuanto a la educación para el parto como una de las estrategias de educación de la vida; de qué modo son colocados en operación los poderes que 'humanizan' las políticas de educación para el parto, su contingencia e historicidad y la manera como el parto 'humanizado' se convierte en un modo de ordenamiento de la vida. Conceptos construidos por Michel Foucault, entre los cuales están dispositivo pedagógico, humanización, sociedad disciplinaria, disciplina, cuerpo, biopolítica, gubernamentalidad, poder y resistencia fueron utilizados como herramientas para la composición del estudio propuesto. Los documentos analizados, editados por el Ministerio de la Salud de Brasil, hacen parte de la política para la humanización del parto y del nacimiento. El análisis intentó evidenciar rupturas y continuidades en las prácticas de parto y en los modos por los cuales las sociedades disciplinaria y de control producen formas de educación para hacer vivir y dejar morir. Con esta finalidad, se hizo una búsqueda en momentos históricos diversos, en descripciones relacionadas a las prácticas de parto que han ordenado de distintas maneras los modos por los cuales el parto y el nacimiento se han quedado dispositivos de disciplina, control y administración de la población en la actualidad.

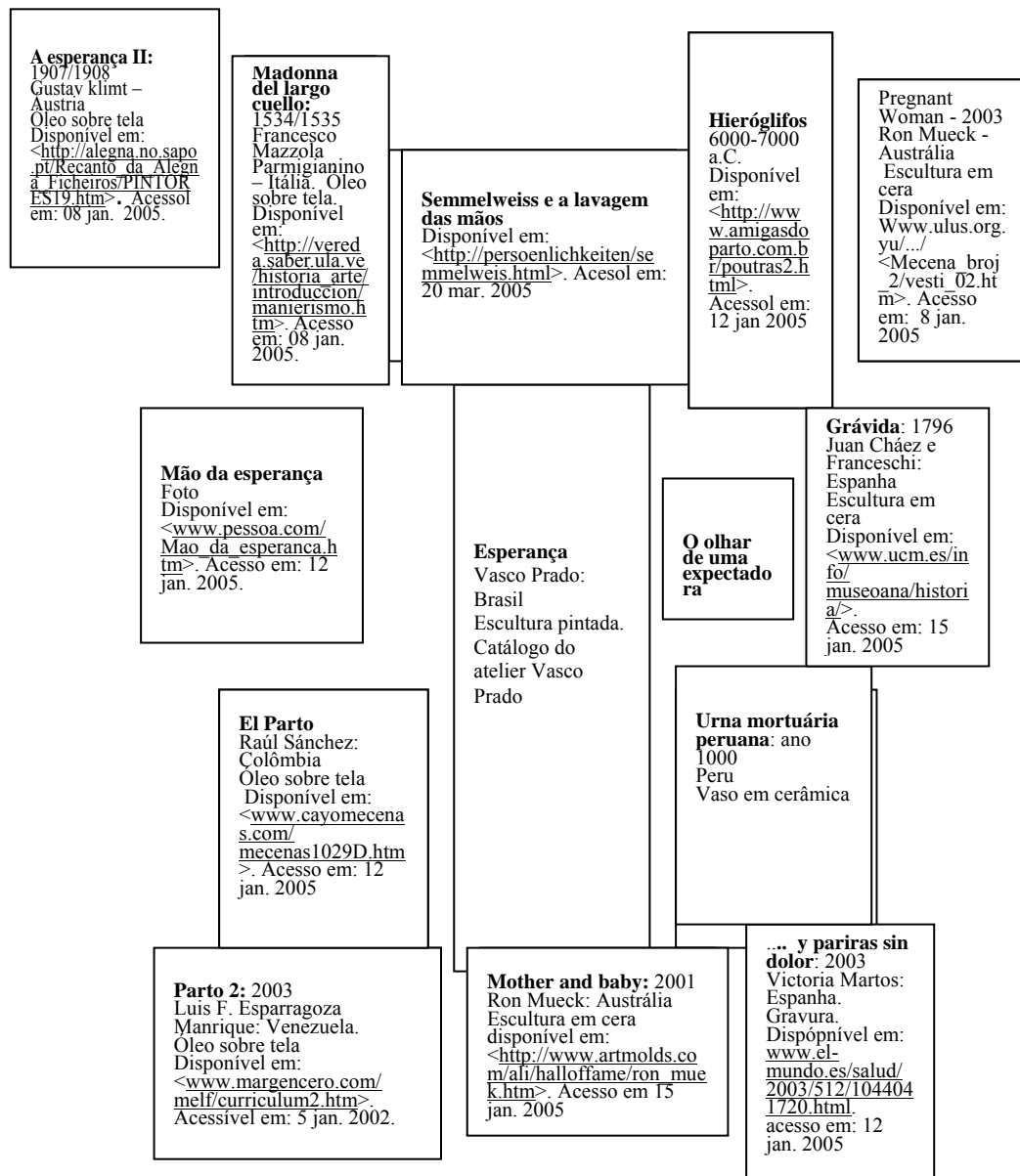
Palabras llave: Humanización del parto. Educación: organización & administración. Vida. Cuerpo humano. Sexualidad. SUS (BR). Gubernamentalidad. Biopolítica.

Titulo: El orden de la "humanización" del parto en la educación de la vida.

SUMÁRIO

1 APRESENTANDO OS CAMINHOS	12
1.1 Das escolhas.....	20
1.2 Dos documentos.....	25
1.3 Da gramática.....	34
1.4 Da normatização, das listas e dos manuais.....	40
2 DOS DISCURSOS DA HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA DO PARTO.....	47
2. 1 Aprisionando o corpo à vida.....	56
2. 2 O parto como doença e risco.....	60
2. 3 A matemática da ‘humanização do parto’.....	66
3 ‘HUMANIZAÇÃO DO PARTO’ E POLÍTICA EDUCACIONAL: estratégias de controle e regulação da vida	77
3. 1 Deslocando-me da estrada fixa: sobre a crítica e o uso dos documentos no estudo..	77
3. 2 Uma rede de educação para o ‘parto humanizado’.....	85
3. 3 Educação dos profissionais.....	95
3. 3. 1 Produção das práticas de parto: dos cirurgiões às práticas de ‘humanização’	108
3. 3. 2 Virgem Maria: O verbo se fez útero.....	110
3. 3. 3 O confinamento do parto.....	115
3. 3. 4 A clínica obstétrica.....	122
4 A EDUCAÇÃO DA MULHER NA ORDEM DO PARTO.....	132
4.1 Da mulher desalmada à alma humanizada.....	134
4.2 Educação das mulheres para o pré-natal, parto e puerpério ‘humanizados’	145
4.3 Prescrevendo modos de ser educada no ‘programa de humanização do parto’..	149
4. 4 Cesariana em cenas.....	163
4.5 Esperança e saber na ordem da vida.....	177
5 PARTO DOMICILIAR: CAMINHO DE VOLTA AO PARTO EM CASA?.....	198
5.1 Outra rede de atendimentos e de educação ao parto humanizado	198
5.2 Da educação e do parto ‘virtual’.....	204
6 DAS (IN)CONCLUSÕES	214
REFERÊNCIAS.....	225

QUADRO DE ILUSTRAÇÕES



1 APRESENTANDO OS CAMINHOS

Quero dizer-vos: apresentar uma tese sobre o corpo implica, por fim, sobre a alma¹ (ANDAHAZI, 1997, p. 26).

Este texto nasceu do meu olhar de mulher, de mãe, de enfermeira, de professora, de estudiosa e de interessada nas coisas do parto; da curiosidade e da busca de outros caminhos que me possibilitassem pensar sobre questões cotidianas que esbarram em práticas aparentemente dissociadas de escritos sobre o assunto.

Na ajuda para pensar sobre as situações relacionadas à ‘humanização do parto’, busco a história de Pandora, a partir da narrativa de Jean-Pierre Vernant (2000). Uma estátua de argila e água, fabricada por deuses a pedido de Zeus e que ganhou vida para suprir parte das necessidades dos homens, ao separar os modos de vida existentes no Olimpo e na Terra, talvez me ajudasse a entender as relações entre as práticas descritas nos documentos analisados, sua diversidade e modo de gestão governamental. Na mitologia grega, Pandora representa a invenção da mulher, criada para maravilhar, assombrar, encantar os homens e compor a espécie humana de dois sexos. A partir de sua criação, os humanos já não são mais gerados espontaneamente, mas nascem das mulheres em período de reprodução, após ‘acasalamento’. O período reprodutivo, e sua regularidade, fazem com que o tempo seja considerado de maneira diferente a partir de então. A diferenciação entre homens e deuses é consumada através da necessidade de manutenção do fogo nos lares humanos e da produção do alimento, antes disponível sem esforço e continuamente. Essa nova ordem obriga os homens a serem econômicos e prudentes e, assim, a não gastarem mais do que o necessário. Todavia, o apetite alimentício e sexual exacerbado de Pandora representa a ‘animalidade’ humana e o dispêndio que esta produz. Há duplicidades em Pandora: uma barriga que tudo devora e um ventre que pode produzir e prolongar a vida do homem; a voracidade que destrói e a fecundidade que produz. A voz dada a Pandora é utilizada tanto para a expressão da verdade e seus sentimentos quanto para enganar. Mas é através do casamento que Pandora vem diferenciar homens e animais. O casamento torna a mulher, ao mesmo tempo, marca da vida civilizada (por não acasalar ao acaso) e da divindade (visto ter sido criada à imagem de deusas e deuses do Olimpo). É a oscilação entre deuses e animais que confere à Pandora a humanidade.

¹ Mateo Colombo, no livro de Federico Andahazi, **O anatomista**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997, p. 126.

Criação, civilização, economia, humanidade, sexualidade, diferenciação, curiosidade são alguns dos atributos de Pandora. Dentre estes, é a curiosidade de Pandora que produz toda sorte de males do universo. É a curiosidade que a impele a abrir a caixa, confiada a ela por Epimeteu e recomendada por Zeus para que a destampe e tampe imediatamente. A abertura da caixa e seu imediato fechamento fizeram com que os malefícios se espalhassem irremediavelmente pelo universo, permanecendo nela unicamente a ‘esperança’. Uma ‘esperança’ que significa tanto a expectativa daquilo que vai ocorrer quanto a espera do acontecimento.

Penso na caixa de Pandora como o ‘programa de humanização’ no qual a modernidade e a invenção das ciências com suas disciplinas pode esquadrihar, inventar, normatizar², disciplinar, politizar, medir, ensinar, ampliar as práticas de parto, ao utilizar-se de instrumentos como a estatística e a biopolítica³ emergidas da governamentalidade⁴ e geri-las mediante dispositivos de confinamento e de controle. Males como a morte, a doença, o acidente, o risco, o engano, o descaso e o abuso ligados ao parto podem ser

² Embora o sistema lingüístico da língua portuguesa permita o registro das palavras normalização e normatização, essa última não consta no Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa da Academia Brasileira de Letras. Consultando-se o Vocabulário de Terminologia Técnica, é encontrada apenas a palavra "normalização". A palavra "normalização" é adotada pelos organismos de normalização do mundo todo e tem seu uso consagrado no Brasil há mais de 50 anos. Sua grafia na língua portuguesa segue o mesmo padrão de outras línguas latinas: espanhol - normalización; francês - normalisation; italiano - normalizzazione, e também em alemão (normalisierung). A ABNT adota a palavra "normalização" por considerá-la a que melhor se enquadra na tarefa exercida, de acordo com a definição do Novo Dicionário Ilustrado da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1998). Este define ‘normalizar’ como "submeter à norma; padronizar". Utilizo o termo normatizar no sentido de produção de normas e regras, entendendo normalizar como produção de normalidade.

³ Biopolítica: é colocar em relação os mecanismos de poder e saber aos fenômenos ligados à vida. Uma forma de gerir e governar a vida dando-lhe uma razão. Esse biopoder tem como marca produzir a vida e torná-la produtiva integrando mecanismos da normalização e formas mais gerais de governo. Nesse sentido, e apoiados na suposição da neutralidade de um discurso científico, os processos de medicalização dos comportamentos, das condutas e dos desejos, estão no cruzamento entre a normalização e a gestão da vida (MARZOLA, 2003a). É a biopolítica que vai deslocar pensamentos e práticas médicas dos limites precisos dos corpos e dos espaços individuais normalizados para as populações e seus processos vitais.

⁴ Governamentalidade: ao falar da governamentalidade Foucault explicita seu pensamento sobre um novo conjunto de noções sobre a arte de governo em sua aula sobre “A governamentalidade” (FOUCAULT, 1999a, p. 277-293). É na modernidade que emerge uma noção de governo e governamentalidade, entendida como um modo do poder se exercer sobre os indivíduos e estruturar o campo de ação dos outros. Uma maneira de pensar as populações para submetê-las a uma programação política em que o poder político é tramado com o saber. O pensamento da época medieval e mercantilista de que, para aumentar a riqueza, era necessário aumentar a população, começa a seguir outro rumo na Modernidade. A população não é mais apenas a quantidade de pessoas que vive sobre um território, mas um conjunto de pessoas que produz e que, para isso, são interpeladas a mudarem suas atitudes, suas regras, suas práticas para modificar as “maneiras de fazer e de viver que podem ser obtidas pelas ‘campanhas’ [do governo]” (FOUCAULT, 1997, p. 85).

relacionados à ‘esperança’ espalhada por Pandora, bem como civilidade que governa e possibilita a invenção de poderes e saberes para gerir os males.

Os programas governamentais que se referem à ‘humanização do parto’ conferem uma ordem originária em si mesmos, mas, ao mesmo tempo, e à primeira vista, nada é novo; a novidade desses manuais é uma outra sistematização, ou ordem, na forma de executar tais práticas relacionadas a uma outra maneira de gerir as populações. Esses programas governamentais são a descrição das práticas relacionadas ao envolvimento de profissionais, usuárias e do Estado, como facilitadoras do acesso (inclusão) das mulheres no sistema de saúde vigente. Um programa pensado para esquadrihar corpos e necessidades de acordo com o modo de vida atual; para gerir gastos no que se refere ao parto e gerir ganhos para a sociedade. Ao ser ‘humanizada’, a assistência pretende abarcar mulheres, famílias, profissionais e gestores num envolvimento tal que torne mais racional o manejo das práticas de parto, tornando-as procedimentos econômicos; um programa para produzir saberes destinados à gerência da vida e dela espantar os males provocados por Pandora, ao mesmo tempo que os mantém pairando sobre nossas cabeças. A forma “humanizada” de gerir o parto produz, portanto, certo modo de abordá-lo, um modo pedagógico de produzir homogeneização (humanização) através de práticas que são o contraponto da assistência em uso, numa clara luta entre a manutenção do que se faz e a imposição do que os programas consideram que deva ser feito.

Escrever este texto foi, a exemplo de Pandora, abrir as múltiplas faces da ‘humanização’ do parto para que outras faces pudessem se apresentar; descrever o mundo da ‘humanização’ do parto sob a perspectiva do governo, sem a pretensão de transformá-lo; um esforço em pensar de modo diferente o termo ‘humanização’ na área da(s) política(s) e da educação para o parto, dando visibilidade à sua economia interna. Assim, a ‘humanização’ não é utilizada como uma palavra que denomina placidamente uma política, mas que tem o poder (político) de produzir efeitos na gestão da vida.

Tive muita dificuldade para encontrar o que se poderia chamar de ‘boa pergunta’ para meu estudo. Questionava-me sobre a força atribuída à palavra ‘humanização’, ao ser escolhida para adjetivar programas mundiais e nacionais de governo e, mais especificamente, o programa de ‘humanização do parto’ editado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Pensei em encontrar alguma pista sobre o poder conferido à ‘humanização’ ao interrogar exaustivamente os manuais que descrevem tal programa. Percebi, então, que não havia possibilidade de encontrar respostas; que as perguntas já eram as respostas tornadas possíveis. Parti, então, para a escuta do texto e do que ele me interrogava. Nessa viagem

em busca do discurso da ‘humanização do parto’ procurei enunciados e, apesar de entender, como Foucault (2000a), que os enunciados não estão nas palavras, nem nas frases, nem nas proposições, foi exatamente nas palavras, nas frases e nas proposições contidas em meu arquivo que procurei subsídios para ordenar meus pensamentos. Ao entender que um enunciado são palavras, frases e proposições com poder de produzir as coisas de que fala, vi-me em busca de outros textos editados pelo Estado, que contivessem a palavra ‘humanização’ e que fizessem dela a tônica de seu desdobramento, no ponto em que mais se aproxima do que chamamos de ‘humanização do parto e nascimento’. Fazendo uma breve retrospectiva histórica, pude perceber diversos instantes de luta que construíram modos diferentes de humanismo: o poder exercido por tal palavra e os poderes instituídos por seu exercício e as formas com que o olhar da humanização cai sobre o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal. A caminhada planejada inicialmente para essa empreitada foi a continuação de uma análise histórica apresentada no projeto de tese. Após sua apresentação, vi que este rumo tendia a certa seqüência histórica, previsível, mas um tanto incômoda para quem não pretendia este viés. Assim, ir e vir no pensar, pensando a história em alguns momentos, sem deter-me nas seqüências, buscando os acontecimentos para montar uma outra história e pensar o mesmo de modo diferente, foi minha tentativa. Outras dificuldades surgiram: desarmar meu olhar e moldar uma história que desemaranhasse alguns nós e desse surgimento a algo novo. Dessa maneira, desenvolvi meus objetivos em questões que são desdobradas ao longo do texto: como se articulam saberes sobre a ‘humanização’ para compor políticas relacionadas à educação para o parto? Como são colocados em operação os saberes que ‘humanizam’ as políticas de educação para o parto? Qual sua contingência e historicidade? De que modo o parto ‘humanizado’ torna-se motivo de ordenamento da vida?

Penso, então, na noção do parto enquanto acontecimento no sentido que lhe dá Foucault (1999a), não como “uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada” (p. 28). Portanto, um embate, uma relação de forças que se torna visível e enunciável através de práticas discursivas, como as inúmeras listas de procedimentos, de prescrições e de fluxogramas de ação, descritos passo a passo dentro dos programas e endereçadas tanto a gestores quanto a profissionais e usuárias do ‘parto humanizado’.

A escolha do título da tese teve como inspiração os manuais editados pelo Ministério da Saúde do Brasil que se relacionam à ‘humanização do parto’. Também foram utilizados, como ferramenta, os pensamentos de Michel Foucault sobre política, educação, vida e humano. O texto que tomei para análise - Parto, aborto e puerpério, assistência humanizada à mulher (BRASIL, 2001b) foi editado na forma de manual informativo sobre condutas de humanização para o parto, escrito por equipes de técnicos de diversas partes do Brasil por encomenda do Ministério da Saúde. Todavia, tal manual me remete a algo mais amplo, que Foucault (2000b) chamou de arquivo, ou seja, “não a totalidade de textos que foram conservados [ou salvos] por uma civilização [...] mas o jogo das regras que em uma cultura, determinam o aparecimento, a permanência, o desaparecimento e o apagamento de práticas, sua existência paradoxal de acontecimentos e de coisas” (p. 95). O arquivo é muito maior que o *corpus* já que não pode ser delimitado a um conjunto de documentos. No manual e nos documentos aqui tomados como um arquivo está contida “a lição de gramática e a lição das coisas” e não trata das palavras ou das coisas e, sim, das práticas discursivas de ‘humanização’ nele descritas. Parti das palavras e parti as palavras para dizer e fazer ver práticas que tratam da “humanização do parto”, utilizando os textos como a “gramática de humanização” constituída para dizer o que se pode dizer, e o que se pode ver na atualidade. O manual trata as palavras do programa de humanização enquanto o próprio pensamento. Pensar diferentemente o que está estabelecido pela gramática da humanização é o desafio do pensamento. Desafio de pensar o acontecimento do parto sob determinado ponto de vista, correndo o risco de capturar algo “fora das paisagens familiares, longe das garantias a que estamos habituados, em um terreno ainda não esquadrinhado e na direção de um final que não é fácil prever” (FOUCAULT, 2000a, p. 44).

Meu arquivo abrangeu o Manual ‘Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher’, os documentos a que este remete, e a experiência de escrever este trabalho. Do conjunto que chamei de ‘Programa de humanização do parto e nascimento’ e que possui mais de 600 páginas, me interessei pela descrição de práticas que meu olhar distinguiu interferir na forma como são produzidas gestantes e seus filhos como sujeitos em situação de risco. Minha intenção foi compor uma “descrição sistemática de um discurso-objeto [...] do presente com sua] lição de gramática, [...] sua lição das coisas e suas visibilidades” (FOUCAULT, 2000a, p. 160).

O manual em que é descrito o programa de ‘humanização do parto’ relaciona evidências pró e contra algumas das práticas obstétricas mais comuns relacionadas ao “parto

normal, aos fatores de risco passíveis de serem diminuídos no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, à explicitação da rede ambulatorial, laboratorial e de leitos obstétricos que compõem a rede de referência e contra-referência para o atendimento de gestantes nos municípios, de acordo com a lógica da regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde – SUS. São práticas de atenção de saúde respaldadas pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) conforme seus artigos 6, 23, 24, 30, 158, 159, 196, 197, 198, 200, que abordam a saúde nos aspectos ordenação, distribuição, financiamento e formação de recursos humanos. Tal programa, em consonância com a Constituição Federal, gere o parto, envolvendo nesse gerenciamento, a sociedade, na presença de profissionais, gestantes, famílias, gestores. São, portanto, prescrições governamentais elaboradas, escritas e descritas para servirem de guia da assistência obstétrica no país. Contém uma extensa e complexa rede de ensinamentos que assumem denominações próprias conforme a região e a instituição de saúde que recebe apoio governamental, por exemplo, o programa “Mamãe e bebês contem com a gente”, lançado, em fevereiro de 2004, pelo Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre-RS. A regionalização da saúde pressupõe descentralização e desenvolvimento de estratégias de participação do cidadão e da cidadã, colocando o município como o lugar privilegiado do poder e ao fazer circular a competência do Estado para a prestação de serviços de atendimento à saúde da população.

Ao considerar a gestante como pessoa que precisa pensar sobre a forma de parir e ao envolver gestores e profissionais, o programa define como central, a necessidade de criar conhecimentos que sejam utilizados para controlar, distribuir e gerir uma população numa determinada direção, fazendo com que determinadas práticas sejam consideradas mais ou menos lesivas, mais ou menos econômicas, mais ou menos arriscadas, mais ou menos afetuosas. Uma forma de regular a população para que possa ‘fazer viver e deixar morrer⁵’ de uma maneira que se pretende mais autônoma e independente do que outras.

As descrições contidas nos manuais mostram a centralidade do cuidado hospitalar de risco à mulher e a multiplicidade de práticas disponíveis que parecem visar a possibilidade de escolha das mulheres quanto aos procedimentos nela realizados.

Ao descrever a instituição hospitalar, não como única, mas como uma das instituições adequadas para atendimento ao parto com a segurança pretendida, os manuais

⁵ Foucault categoriza os tipos de governo em fazer morrer e deixar viver e em fazer viver e deixar morrer (FOUCAULT, 1999, p. 130).

não cessam de colocá-lo como o local mais adequado para o atendimento ao parto e nascimento. Nele há a promessa de cuidados especiais para as situações de risco que envolve a mulher em situação de parto e o recém-nascido. Ao ser colocado como uma opção de local para dar à luz, parece dar à mulher a possibilidade de escolha entre os locais disponíveis para o atendimento institucional ao parto que, conforme o programa precisa se dispor a cativar a gestante a partir do pré-natal realizado na rede básica de saúde. Já na rede básica de atendimento, as avaliações de acompanhamento da gestação devem ser dirigidas para a garantia de atenção para situações que podem colocá-la e a seu filho em risco, e que seja, de preferência, próximo à sua residência.

O conjunto de procedimentos de ‘humanização do parto’ coloca a possibilidade de materialização do Estado nas práticas que este põe em movimento através de seus programas. Um estado que materializa suas responsabilidades nas tarefas em que se viu solicitado a fazer em determinada época, da maneira mais econômica possível, sem que isto represente, necessariamente, baixos custos financeiros. A prática ou as práticas evidenciadas nas instituições e descritas no manual acionam e são acionadas por poderes e saberes que possibilitam relações com outras práticas e, nesse movimento, permitem-se modificar-se.

Procuro, então, na primeira parte desta tese, denominada **Apresentando os caminhos**, situar-me na trilha que constituiu o humano como objeto e fonte do saber. Ao situar-me assim, espero deixar clara a perspectiva metodológica pós-estruturalista adotada para análise dos documentos escolhidos. Pretendi, também, evidenciar a diversidade com que vem se constituindo o termo ‘humanização’ e as condições que possibilitaram seu uso conforme a emergência de interesses de cada época, não tendo, necessariamente, relações entre esses interesses. Tentei mostrar como a *humanitas* é traduzida ora como uma condição da alma, ora como a maneira de ser na sociedade, mas sempre como uma condição de ‘ser educado’, já que em todas as épocas, o termo *humanitas*, nas sociedades ocidentais, representou uma forma de civilidade. Daí a questão do manual: educar para o parto. A atenção é, então, dirigida ao conjunto de documentos que denominei ‘Programa de ‘humanização do parto’, estruturado e implementado a partir da publicação do programa ‘Maternidade Segura’, em 1996, pelo Ministério da Saúde. Suas prescrições, prerrogativas e operacionalização representam o que pode ser considerado o ‘objetivo oficial’ do governo do país para a saúde e a educação do parto, o qual determinou uma ordenação para a escritura de outros Programas de Humanização no país, tais como: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), Programa de ‘humanização do parto’ e

Nascimento (PHPN) e Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Esses programas foram editados a partir de 2000, vinculados às secretarias de Políticas da Saúde e Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e congregaram uma parcela considerável de órgãos que representam especialistas em obstetrícia. Esses programas vêm se desenvolvendo a partir da parceria entre governos federal, estaduais e municipais, com entidades representativas de diferentes segmentos da sociedade, incluídos, aí, alguns movimentos sociais como a ReHuNA – Rede de Humanização do Nascimento -, Parto Nosso e Amigas do Parto.

Na segunda parte, ao tratar sobre ‘O discurso da humanização como política do parto, procuro mostrar como esta humanização institui uma forma de controle e regulação da vida ao estabelecer uma rede de educação das populações para o “parto humanizado”’. Para essa produção, foi necessário inventar, antes, ‘almas femininas’ que relacionavam as mulheres ao parto e às parteiras. Daí, porque me propus realizar uma análise histórica de práticas discursivas, de caráter prescritivo, principalmente a partir da Idade Média, interessadas na produção de verdades sobre o parto. Estou entendendo a história ocidental como uma forma em que a ‘humanização’ e os seres por ela produzidos “ganham existência [... no] modo de ser de tudo que nos é dado na experiência” (FOUCAULT, 2000c, p. 300).

Na terceira parte, que chamei de **O governo do parto nas sociedades disciplinares**, procuro mostrar a diversidade de dispositivos inventados para tornar o parto uma prática de confinamento institucionalizada, prática hoje em crise e em processo de mutação para as práticas requeridas por uma sociedade de controle. Tal sociedade disciplinar inventou a obstetrícia enquanto disciplina e deslocou a função feminina de atendimento ao parto para o médico obstetra, cuja hegemonia, na atualidade, está sendo colocada em questão juntamente com a instituição das práticas de ‘humanização do parto’.

Penso nos riscos assumidos ao apresentar um trabalho a partir da perspectiva cujo olhar deve ver aquilo que não é evidente e também não está escondido, sem que se faça outra coisa que não seja descrever o que alcança um novo olhar: algo inédito para mim. Tais riscos são minorados pelo fato de não pretender apontar certezas, exatidões, fórmulas sobre o como e o quando realizar práticas de parto. Minha preocupação é mostrar de que modo o parto foi produzido ao longo da história e, mais especificamente, o propósito com que foi agregado o termo ‘humanização’ a este ‘acontecimento’, conferindo-lhe um estatuto de política de gerência da vida. Tornar o parto um acontecimento por intermédio de uma ‘política de humanização’ é procurar estabelecer um ordenamento eficaz entre o

que é pensável (teoria) e o parto, visto como o lugar do irracional, do operacional e do que deve ser analisado. Ao considerar a “humanização do parto” um acontecimento, precisei distinguir modos de parir que se apresentam diferentemente e produzem efeitos diferentes numa mesma época cronológica. Isto fez com que fosse necessário diferenciá-los e reconstituir os fios que os ligam e que fazem com que se engendrem, uns a partir dos outros. A referência utilizada para ‘acontecimento’ é o modelo da guerra e da batalha apaziguada e inteligível nas descrições e que pode ser analisada em seus menores detalhes, de acordo com “a inteligibilidade das lutas, das estratégias, das táticas” (FOUCAULT, 1999a, p. 5) descritas. Portanto, a metodologia ou metodologias utilizadas neste estudo não têm outras fronteiras senão a do pensar e a do pensamento, melhor dizendo, a de pensar o pensamento, cujo limite é estabelecido pelo próprio pensamento (FOUCAULT, 1999f). A metodologia constituiu-se, então, na descrição de um pensamento que disputa o direito de dizer ‘a verdade’ sobre a ‘humanização do parto’ na ordem da educação da vida.

1.1 Das escolhas

Entre as inquietações que me constituem e que me levaram a iniciar esta tese, estão eventos que fazem parte da história de minha vida: memórias ouvidas e vividas a respeito de meu nascimento. Essas mesmas inquietações que me impeliram para a consecução deste estudo tomaram a forma de desafio metodológico, visto as dificuldades que se impuseram por eu estar imersa no cenário que analisei.

Antes, um alerta: tanto o cenário de ‘minha história’ como o que compoño enquanto escrevo a tese correspondem, por sua vez, a uma experiência coletiva e plural que, no momento em que é por mim narrada, passa a estar inevitavelmente posicionada no lugar de onde falo. Isso permite o esforço de privilegiar percursos, momentos distintos, lutas, direções, sentidos de movimento ao mesmo tempo em que se ofuscam ou se invisibilizam outras trajetórias, interrogações e relatos. Não vejo nisso algo de negativo, uma vez que permitirá à outras pesquisas o destaque a análises que não foram foco deste estudo ou que escaparam ao texto que compus, mas, que, todavia, permanecerão vivas e inexploradas, descansando às margens do mesmo.

Insiro, então, memórias relacionadas ao meu nascimento. Não como um simples ato de fala individual, “idealizado, essencial [...] mas como um lugar de dispersão e de descontinuidade; [...] um ato de fala que] é ao mesmo tempo falante e falado, porque através dele outros ditos se dizem” (FISCHER, 2001, p. 207).

Nasci na casa de meus avós maternos, na presença de uma parteira e de meu avô. No quarto, afastado do centro da casa, a luz ofuscante daquela manhã de primavera teimava em quebrar a penumbra e confundia-se com o brilho do olhar astuto de meu avô e o atento da parteira. O tempo passou e o momento mágico na vida dos que esperavam aquela criança gera, ainda, lembranças em minha mãe que, a cada narrativa, torna-as cada vez mais e mais lembranças minhas.

Na infância, minha atenção volta-se com freqüência para as interessantes histórias relacionadas ao nascimento, ingrediente presente em algumas comemorações de aniversário e contadas, geralmente, pelo próprio grupo de crianças que, eventualmente, inquiriam familiares sobre algum detalhe mais obscuro e, então, retornavam ao grupo. Nessas ocasiões, “vivo” personagens em situações inusitadas, engraçadas ou trágicas, de tensão e alívio que fazem parte da imaginação que tais histórias suscitavam. Na escola, meus colegas de aula pouco sabiam sobre as histórias que mostram a movimentação, a expectativa, as esperanças, as inquietações e a vida que circundou seu ‘nasceres’; lamentava que histórias tão singulares, de um acontecimento único, não tivessem a mesma importância para todos.

Percebo que o curto espaço de tempo transcorrido de meu nascimento à puberdade me transporta a histórias muito diferentes, a um outro tempo, um outro espaço. O lugar de nascimento, agora, é, predominantemente, o hospital, com seu aparato próprio: o médico, o pessoal de enfermagem, o maquinário e a ausência de familiares próximos à mãe.

Uma prática que diferencia claramente o nascimento nas últimas décadas de toda a história dos nascimentos é a presença da episiotomia⁶ que, a partir da segunda metade do século XX, é cada vez mais difundida, até ser utilizada como rotina no mundo ocidental. Havia, também, uma certa lavagem do intestino⁷, cujo motivo⁸ de realização me intrigava.

⁶ Incisão perineal ou “corte na região do períneo” realizada para ampliação do canal vaginal e diminuição da compressão da cabeça do feto. Descrita por Fielding Ould em 1741 (REZENDE, 1998), a prática deste procedimento foi paulatinamente mais freqüente a partir da segunda metade do século XX e, ao final deste, torna-se rotina no atendimento aos partos hospitalares. O Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 1991) recomenda a episiotomia para: “parto de feto prematuro; períneo com reduzida elasticidade (avaliar em primigestas, múltiparas e, especialmente quando existe história de hipoplasia genital); parto pélvico; parto múltiplo; parto com fórceps (p. 30)”.

⁷ Lavagem intestinal, enema ou clister.

⁸ O motivo atribuído à realização do enema na situação de parto é a possibilidade do conteúdo fecal funcionar como tumor, dificultando ou impedindo a passagem do bebê. No início de sua utilização hospitalar para o parto, existia o chamado ‘enema de limpeza’. Este consistia na introdução de alguns litros de água morna e glicerina, ou outra substância emoliente, tantas vezes quantas necessárias para que tal limpeza se efetivasse e, assim, impedisse a contaminação da criança ou da área aberta com a episiotomia.

Difícil explicá-la a uma criança. As respostas evasivas obtidas sobre o assunto despertavam minha curiosidade e forçavam-me a um exercício de imaginação entre angustiante e divertido. Por mais que tentasse, meus pensamentos sempre passavam distante da prática desenvolvida para a realização do enema na situação específica do parto.

Outra situação relatada nas histórias que ouvia das mulheres do círculo de relações de minha mãe (amigas, primas, vizinhas), foi a repentina necessidade da tricotomia⁹ para ‘melhorar a visualização’ da região de onde sairia o bebê. Fazia-me pensar na profusa quantidade ou no longo comprimento que os fios dos pelos pubianos podiam atingir e, assim, impedir uma visualização adequada. Essas e outras práticas, antes não habituais, foram pouco a pouco incluídas, defendidas e difundidas apaixonadamente pela ciência e seu séquito. A mesma ciência que teve o poder de banir, preterir e negar práticas que, num outro momento histórico, foram tomadas como ‘as verdadeiras’.

Para explicitar melhor tais mudanças, relato um pouco mais de minha trajetória.

Nos anos de 1970 fui acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, do qual hoje sou docente. Nesse lugar, ouvia-se dos professores e lia-se nos livros de obstetrícia que a prática da episiotomia era uma excepcionalidade. Porém, isto não correspondia à vivência nos campos de estágio nem ao relato que as mulheres faziam de seus partos.

Nos anos de 1980, já como profissional da área da saúde, fui conduzida ao mundo do trabalho remunerado. Acompanhei e participei da rotinização da prática da episiotomia e de outras ligadas ao parto. Após o estranhamento inicial, tais práticas passaram a ser pouco questionadas quanto a sua necessidade e tornaram-se objetos de estudos relacionados a diferentes materiais e formas de realização possíveis. Contudo, minhas inquietações da infância não foram esquecidas.

Na mesma década (1980), a cesariana é entronizada no palanque dos procedimentos médicos, por motivos que meus pensamentos de criança jamais haviam imaginado. Então - na década de 1960 -, as histórias que envolviam essa cirurgia eram sempre narradas com ênfase nos riscos, na angústia e na esperança de um desenlace feliz: a salvação de ambos, do(s) bebê(s) ou da mãe, como recurso último. Gradativamente, as taxas de cesariana cresceram dissociadas do receio, do risco exacerbado e do desenlace imprevisível que

⁹ O prefixo refere-se aos pelos, fazendo com que a palavra signifique o corte de pelos. Em Aurélio Buarque Ferreira (1998) a explicação da palavra é: tric(o) + tom(o) + ia: raspagem de pelos de uma região do corpo que será submetida à operação.

acompanhavam o procedimento. As mulheres aprendem e apreendem a cesárea como uma forma de dar a luz sem medo, sem risco e sem dor. O aumento gradual e constante dessa cirurgia transformou o Brasil no país ‘campeão das cesarianas’¹⁰. Pesquisadores deram várias explicações para o fenômeno: 1) as mulheres deixariam de ser submetidas à violência e ao constrangimento causado principalmente pela posição adotada como adequada para o nascimento vaginal; 2) pelo esforço que deveriam realizar durante a expulsão do feto; 3) pela dor considerada indignante; 4) pelo receio de lesões mutiladoras do trajeto; 5) pela crença de que este trajeto poderia colocar em risco a criança. A esses motivos, estaria associada a possibilidade de diminuição da ansiedade da família e da gestante, visto que a cesárea ofereceria um resultado rápido e considerado seguro, estimulando os obstetras à sua realização (FAÚNDES; CECCATTI, 1991). A atribuição de ‘campeão das cesarianas’ aparece, então, como uma invenção que teve como efeitos algo que emergiu como/com a ‘humanização do parto e nascimento’.

Minhas inquietações persistiram, ainda, nos dois períodos de atuação como docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS: de 1982 a 1990 e de 1998 até o momento. Desenvolver minhas atividades docentes na disciplina denominada “Enfermagem no Cuidado à Mulher”, possibilita-me a oportunidade de continuar em atividades relacionadas ao nascimento: acompanho alunas(os) em sala de aula e nas atividades de cuidado direto à mulher enquanto gestante, parturiente e puérperas nas salas de trabalho de parto, e recuperação pós-parto; quando possível, este cuidado é estendido à sua família. Na Escola de Enfermagem da UFRGS, unidade onde trabalho, tenta-se chamar a atenção para as ações que são incluídas como recomendáveis ou como não

¹⁰ Procurei exaustivamente uma referência ‘oficial’ que noticiasse o índice que colocava o Brasil como país campeão mundial na realização de cesarianas. Encontrei artigos que citavam tal cifra, notícias em jornais, revistas, relatos em palestras, conferências e publicações do Ministério da Saúde, porém nenhuma nota ou pista que indicasse os critérios estabelecidos para a ‘conquista do título’. A estranheza do dado deve-se ao fato de que muitos países não possuíam, e ainda não possuem, estatísticas sobre seus percentuais de cesariana. Via Internet, algumas pessoas se movimentaram para tentar a descoberta de tal escrito, também, sem sucesso. Porém, um dado importante surge através da então representante da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Tânia Lago, quando me respondeu nos termos colocados nesta nota de rodapé que transcrevo, com sua autorização:

- Prezada Mariene

Ninguém atribuiu formalmente o título de campeão de cesáreas ao Brasil. O "título" passou a ser mencionado por todos nós que estudamos o assunto, acho que nos anos oitenta, comparando as taxas publicadas por vários países. Aproveito para lembrá-la que hoje já não apresentamos as mais altas taxas. Se você verificar textos publicados pela OPAS, verá que Chile e México nos ultrapassaram no final dos anos 90. Tânia.

Mensagem original

De: mariener [<mailto:mariener@bol.com.br>]

Enviada em: quinta-feira, 13 de junho de 2002 10:40

Para: Tania.Lago@saude.gov.br

recomendáveis, ou, ainda, aquelas de recomendação discutível no chamado ‘atendimento humanizado ao parto’, descrito nos Programas de Humanização do Ministério da Saúde. Deste modo, alunas e alunos percebem que determinadas práticas são utilizadas comumente no corpo das mulheres, opondo-se às que são recomendadas em tais programas.

Na condição de docente, tive a oportunidade de participar dos dois Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica promovidos pela UFRGS, nos anos de 1989 e 1990. Tais cursos foram os únicos promovidos pela instituição no período compreendido entre 1978 e 2004. Nos anos de 2000 a 2002, participei de outros três cursos, desta vez promovidos pela Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica e Neonatal – ABENFO. Até o final do ano de 2002, essas entidades formaram 52 especialistas na área. Faculdades de outras cidades vêm formando especialistas em enfermagem obstétrica no Rio Grande do Sul¹¹ nos últimos anos. Em todas elas, alunas e professoras referem dificuldades pelo pequeno número de oportunidades oferecidas para a realização de parto nos campos de estágio colocados em disponibilidade. Uma vez nesses campos, as enfermeiras passam a descrevê-los como lugares nos quais médicos e estudantes de medicina disputam as práticas de parto com elas.

Minha inquietação dirige-se, também, ao resultado de minhas atuações como docente em cursos de especialização, pois me coube, entre outros assuntos, abordar especificamente a questão da ‘humanização’ do cuidado no parto e nascimento. Reconheço na discussão sobre a ‘humanização’ do parto em sala de aula uma possibilidade governamental para a modificação de práticas que levaram décadas (ou séculos) para produzirem efeitos de verdade, de práticas que são repetidas tantas vezes e de tal maneira que se tornaram ‘normais’¹².

Da mesma forma que minha habilitação em enfermagem obstétrica determinou uma (con)formação para a realização de práticas de parto, que tendem a retirada da enfermeira do atendimento de mulheres em situação de parto, o ensino dessa atuação tem-se evidenciado um campo de lutas permanente ao longo dos últimos séculos. Os saberes científicos fizeram com que determinadas práticas fossem desqualificadas, colocadas em

¹¹ Em Passo Fundo, Caxias do Sul, São Leopoldo.

¹² Tais como a tricotomia, o enema, a episiotomia, a restrição da parturiente ao leito, o NPO, ou seja, Nada Por via Oral, hospitalização, a medicalização, o clampeamento precoce do cordão umbilical do recém-nascido, a impossibilidade de acompanhamento de pessoa da preferência da parturiente e indução do parto com ocitocina, entre outras.

desuso¹³ e novamente escolhidas, (re)ordenadas, e (re)criadas, agora de maneira a educar a vida para a melhor gerência da população.

1. 2 Dos documentos

Difícil determinar o programa ou documento do Ministério da Saúde que estabeleceu a gramática da “humanização do parto”, destinada a regulá-lo. Melhor falar nos múltiplos começos instituídos pelos diferentes documentos que falam dessa humanização. A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 1983), em 1983, foi sem dúvida, um momento de ruptura importante com as práticas de parto vigentes até então. Divulgado em 1984¹⁴, através do documento intitulado “Assistência Integral à saúde da mulher: bases de ação programática” (OSIS, 1998), seu texto salienta que as práticas de atendimento à mulher não deveriam centrar-se somente no ciclo gravídico-puerperal. Ao considerar a necessidade de divulgar conhecimentos sobre direitos reprodutivos, anticoncepção e planejamento familiar, mediante atividades voltadas à regulação da fecundidade e reprodução, o PAISM se constitui no primeiro documento a incluir diretrizes relacionadas ao atendimento das patologias mais prevalentes no grupo das mulheres. As patologias de maior prevalência se relacionam à manutenção da vida saudável e não estão relacionadas diretamente à reprodução, à gestação e ao puerpério imediatos¹⁵. Mediante programas que visam à qualidade de vida da mulher, o Estado pode gerir a população quanto a aspectos de saúde sexual e reprodutiva, nos quais se inclui a

¹³ Como posições consideradas fisiológicas para o nascimento e práticas de alívio da dor do parto.

¹⁴ Chamo a atenção para a data de implantação do programa, período em que o Brasil passa pelo processo de “abertura” política promovido pelo então presidente general João Batista Figueiredo (1983-1986), estabelecendo o início de um governo de transição entre a ditadura militar em vigência e o regime democrático atual. A Constituição de 1988, promulgada durante a presidência de José Sarney, em seu Art. 196, estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O capítulo sobre saúde foi elaborado com base no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986. O Sistema Único de Saúde – SUS - criado em 1988, pela última carta constitucional brasileira, é consonante com os preceitos contidos na Constituição. A construção do SUS, e de todos os programas de saúde nacional, norteia-se pelos princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade na saúde, estabelecidos na Constituição de 1988 e já contemplados no PAISM de 1983-1984.

¹⁵ Em 2001 as principais causas de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil, foram as doenças cérebro-vasculares, a AIDS, os homicídios (70% com armas de fogo e em mulheres de mais de trinta anos). Em oitavo lugar, aparecem os óbitos relacionados a causas maternas. Os índices de mortalidade materna mantiveram-se praticamente inalterados de 1995 a 1998 (50 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos) e mostraram um aumento de 67% na pesquisa publicada em 2001 (OLIVEIRA, 2003; MELLO JORGE; GOTLIEB; LAURETI, 2001).

prevenção da gravidez não desejada e do abortamento, o acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, os programas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de doenças ginecológicas malignas ou sexualmente transmissíveis.

A justificativa para a criação das Ações para Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1983) foi a forma deficitária com que o sistema de saúde vinha atendendo as mulheres no Brasil. A referida desatenção foi considerada “ainda maior [devido] a crescente presença da mulher na força de trabalho, além de seu papel fundamental no núcleo familiar” (p. 5). Isso demandaria a criação de uma rede básica de serviços que integrassem, regionalizassem e hierarquizassem os serviços de saúde para atender a mulher de maneira integral, ou seja, em seus aspectos clínico-ginecológicos e educativos. Serviços, portanto, que se voltassem ao aperfeiçoamento do controle do pré-natal, do parto e puerpério; que abordassem desde os problemas da adolescência até a terceira idade; que pudessem ter o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e contemplassem, também, a assistência para concepção e contracepção. O conceito de “assistência integral” preconiza, ainda, o oferecimento de ações dirigidas a **todas** as necessidades de saúde de **todas** as mulheres brasileiras em “**todo** e qualquer contato que uma mulher venha a ter com os serviços de saúde [que] seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde” (BRASIL, 1984, p. 15, grifos meus). As motivações alegadas pelo Ministério da Saúde para promover o PAISM foram baseadas “nos princípios de equidade [com oportunidade de acesso às informações e aos meios já existentes para a regulação da fertilidade por parte da população] e de ordem médica, traduzidas no risco gravídico” (p. 16).

Desde sua formulação, em 1983, até o ano de 1988, o PAISM contaria com feministas em sua coordenação e também com a colaboração técnica e financeira de grupos autônomos em atividades como capacitação e produção de material didático. No período em questão ocorre a Assembléia Nacional Constituinte (1986-1988) e a Primeira Conferência Nacional de Saúde e direitos da Mulher (1986). Essa última foi patrocinada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher¹⁶ - CNDM, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência e Ação Social após e em decorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março do mesmo ano. A conferência deu visibilidade à

¹⁶ O CNDM foi articulador de eventos nacionais, repassador de informações para todos os grupos do país e órgão de defesa dos direitos da saúde feminina e da reprodução; atuou com veemência junto aos Ministérios da Saúde e da Previdência; garantiu também, a publicação e disseminação de cartilhas de apoio para a realização dos trabalhos educativos em saúde da mulher.

falta de ação do governo com a questão da saúde, e mais especialmente em relação à saúde das mulheres (BERQUÓ, 1993).

O PAISM inaugura, então, uma ordem que objetiva uma forma de integralidade para o atendimento e que produz efeitos sobre as equipes de trabalho envolvidas, ao indicar a utilização de práticas educativas (informação) que permeiam todas as atividades desenvolvidas com as mulheres. O objetivo desta integralidade é fazer com que as mulheres apropriem-se “dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre a sua saúde” (BRASIL, 1984, p. 16). As práticas educativas deveriam ser colocadas em funcionamento e ampliadas por profissionais para complementar as ações de saúde materno-infantil. O Ministério da Saúde afirma, nesse documento, que as ações de planejamento familiar não estariam vinculadas à solução de problemas sociais e econômicos do País e propõe, então, desvincular as ações de planejamento familiar “de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-las” (BRASIL, 1984, p. 16), reconhecendo, entretanto, “sua inegável interface com o setor saúde” (p. 15). Foi através do PAISM que o Estado decidiu investir na melhoria das ações de planejamento familiar em vez de implementá-las isoladamente. Para isto, são descritos oito objetivos programáticos, relacionando cada um deles a uma ou mais metas a serem atingidas:

1. Aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização destes serviços a toda a população.
2. Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado, tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo o número de cesáreas desnecessárias.
3. Aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto.
4. Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama.
5. Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis.
6. Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo.
7. Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.
8. Evitar o aborto provocado, mediante prevenção da gravidez indesejada (BRASIL, 1984, p. 16-17).

Para que tais objetivos programáticos fossem operacionalizados, houve necessidade de capacitação dos prestadores de serviços e supervisores para a identificação das ações de saúde e a conseqüente adaptação dos locais onde a mulher receberia a ‘atenção integral’. Propôs-se, então, não apenas a criação de centros de referência regionais, mas, também, a identificação de centros que já pudessem servir como tais. Esses centros de referência forneceriam subsídios que facilitassem a implantação do PAISM; e fariam o trabalho de adequação e implantação das normas técnicas do Ministério e do material instrucional que,

após, seria fornecido às secretarias de saúde estaduais e municipais. O documento salienta o interesse na realização de pesquisas na área da saúde da mulher, que fornecessem subsídios à continuidade da implantação do programa e também seu acompanhamento, controle e avaliação. Algumas das ações relativas ao pré-natal, recomendadas no PAISM, já estavam incorporadas ao atendimento prestado na rede de saúde existente. Todavia, o PAISM deu visibilidade à problemática da saúde da mulher no Brasil ao produzir outra subjetividade, que não a de exclusivamente reprodutora. Ao incluir outros modos de atendimento, precisou reordenar a atenção ao parto, de modo a incluir estratégias de cuidado da mulher com sua própria saúde. Esse processo de captura das mulheres para os serviços de saúde tornou-se uma condição de possibilidade da ‘humanização do parto’. O PAISM, até os dias atuais, não foi operacionalizado com a abrangência pretendida inicialmente, já que durante a maior parte de sua vigência manteve-se restrito a aspectos reprodutivos. Pode-se dizer que as ações destinadas à Saúde Integral da Mulher no Brasil continuam em processo e que o “movimento de humanização do parto” vem a ser um de seus desdobramentos.

Há, além de documentos produzidos no Brasil, documentos de âmbito internacional publicados, antes do PAISM, que emergiram em momentos e locais distintos, e que possibilitaram o surgimento do movimento de ‘humanização do parto’. Entre estes documentos internacionais cito o decorrente da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (ONU, 1984), que propõe a atenção à mulher em todos os períodos de sua vida, ao reconhecer que ela contribui de forma não “plenamente reconhecida ao bem-estar da família e ao desenvolvimento da sociedade [...], havendo discriminação quanto à maternidade e à procriação”. Entende que as mulheres podem adquirir condições para exercitar seu “direito à proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho [ao ter] acesso a material informativo específico que contribua para assegurar a saúde e o bem-estar da família, incluída a informação e o assessoramento sobre planejamento familiar” (art.10, § 9º). O direito à proteção à saúde da mulher tem acento especial na mulher trabalhadora e condiciona sua segurança e permanência no trabalho à possibilidade de acesso ao planejamento familiar. Isso garantiria menor discriminação contra ela e mais as possibilidades de cuidados à sua saúde e à de sua família, além de assegurar uma apropriada assistência à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto (art. 12, § 1º). Há uma responsabilização da mulher quanto ao tamanho de sua família e o cuidado que deve ser dispensado a esta. A produtividade da mulher enquanto procriadora, educadora dos filhos e cuidadora da família é o que lhe garante a gratuidade dos serviços

de saúde e uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactação. Assim, além das informações necessárias para assegurar a saúde, são enfatizadas as relativas ao planejamento familiar (art. 14, alínea b), onde se outorga à mulher a capacidade de “decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e sobre o intervalo entre os nascimentos” (art. 16, alínea e). O documento sobre a ‘Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres’ foi publicado pela ONU, em 1979, e homologado no Brasil, em 1984, cinco anos antes da criação do PAISM, 11 anos antes da criação do SUS e 22 anos antes da publicação do programa de “humanização do parto”. Por conter prescrições que se relacionam com formas de atendimento à mulher, reforçam e fazem parte de seu discurso da política de humanização do parto.

Nesse mesmo ano, 1979, foi publicado o relatório do estudo do Comitê de Saúde Europeu que avaliou em que medida as propostas de redução da mortalidade materna e infantil eram eficazes, uma vez que o aumento dos gastos não evidenciava decréscimos nos indicadores de mortalidade e morbidade. Esse Comitê levantou outra situação considerada problemática: a diversidade de práticas utilizadas no parto em determinada região geográfica, bem como a falta de consenso sobre a utilização de práticas em uma mesma região e entre regiões distintas. O que leva o grupo dos países europeus se interessarem para que não apenas suas populações, mas populações de países não europeus nasçam e cresçam em melhores condições de vida e trabalho? Que tenham acesso à educação e ao entendimento das ordens postas no ‘mundo’?

Em 1998, a OMS elegeu como seu tema central, a ‘Maternidade Segura’. Na ocasião foi produzido o conjunto de 11 documentos informativos disponibilizados¹⁷ em inglês e espanhol, com os seguintes títulos: *La Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo, La mortalidad materna, La maternidad sin riesgo: Un asunto de los derechos humanos y la justicia social, La salud materna: Una inversión socioeconómica vital, La sexualidad y el parto en la adolescencia, Todo embarazo está expuesto a riesgo, Atención especializada durante el parto, Servicios de salud materna de buena calidad, El embarazo no deseado, El aborto que ocurre en condiciones de riesgo, La medición del progreso*. Esse programa, organizado por um consórcio de instituições e denominado **Safe Motherhood Inter-Agency Group** - IAG - (Grupo Inter-Agência para a ‘Maternidade Segura’) foi fundado em 1987, constituindo-se por instituições como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento das Populações (UNFPA),

¹⁷ Disponibilizados no site www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_iniciative.htm.

Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial, Federação Internacional de Paternidade Planejada, Conselho de População, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, Confederação Internacional de Parteiras, Cadeia de ‘Maternidade Segura’ do Nepal e Programa de Prevenção Regional de Mortalidade Materna da África, entre outras, com secretaria na sede da organização não governamental “Cuidado Familiar Internacional”, na cidade de Nova Iorque. Essas agências, enquanto grupo ou enquanto organizações individuais promovem a divulgação internacional do programa ‘Maternidade Segura’, fixam metas e prioridades, apóiam os programas de cada país, administram pesquisas e difundem seus resultados, mobilizando recursos para isso, como prescrito no documento intitulado *Governments unite to save women`s lives* (CASANOVA, 2000).

O movimento gerado pelo programa ‘Maternidade Segura’, iniciado em países ditos do primeiro mundo, estendeu-se, posteriormente, para países em desenvolvimento, tendo, em suas publicações, um forte apelo à redução da mortalidade materna. Neles aparecem quatro fatores que “impedem as mulheres dos países em desenvolvimento” (LA MORTALIDAD..., 1998, p. 3) de receberem a atenção que sua saúde necessita em relação aos cuidados na gestação e parto, quais sejam: “a distância dos serviços de saúde, o custo com transporte e medicamentos, o tempo que tal atenção demanda à mulher e a falta de poder de decisão da mulher dentro da família¹⁸” (p. 3). No que se refere às famílias e comunidades, tal programa estimula a mulher a requerer a atenção de prestadores de serviços treinados para cuidados durante a gravidez e o parto. O programa salienta, ainda, a necessidade de comprometer os governos para a criação de leis e políticas para a maternidade sem risco. Com isso, esse conjunto de documentos aponta “como injustiça [social] a falta de autonomia que enfrentam as mulheres durante toda sua vida e na gestação¹⁹” (LA MATERNIDAD..., 1998, p. 2). A necessidade de assegurar que todas as mulheres tenham o direito de tomar suas próprias decisões sobre sua saúde, baseadas em informações completas, para que “tenham acesso a uma atenção de boa qualidade antes, durante e depois da gravidez e do parto²⁰” (p. 2).

Ao afirmar que “quando se nega educação às jovens ou adultas, sua saúde tende a ser precária, suas famílias mais numerosas e o risco de morte que enfrentam seus filhos ser maior²¹” (LA MATERNIDAD... 1998, p. 1), o Programa ‘Maternidade Segura’ produz

¹⁸ Tradução livre do texto em espanhol.

¹⁹ *Idem*

²⁰ *Idem*

²¹ *Idem.*

jovens e adultas que, se não ‘educadas’ para limitação do tamanho de suas famílias, para promoção da sua saúde e de seus filhos, constituem-se em risco para a vida das populações. E, ao afirmar que fatores como “a pobreza, as tradições culturais e as leis nacionais que restringem o acesso da mulher à herança, aos recursos econômicos e ao dinheiro, [as mulheres] não podem decidir sobre sua saúde nem buscar os serviços necessários” (p. 1), produz a restrição dessas mulheres aos serviços de saúde ‘necessários’, e também, a necessidade de serviços adequados a essa população.

A implementação do ‘maternidade sem risco’²² ampara-se em acordos internacionais de direitos humanos, que dão garantias equivalentes à maioria das constituições nacionais e cujas metas específicas, estabelecidas em conferências e convenções internacionais²³, acordaram que homens e mulheres devem ter o “direito de decidir se desejam ter filhos, quando e quantos”²⁴ (p. 2). Além disso, os 161 países participantes dessas conferências comprometeram-se a reduzir a mortalidade materna à metade no ano de 2000 e novamente à metade, até o ano de 2015. A primeira etapa desta intenção de redução da mortalidade materna não foi alcançada. Em 1987, ano em que foi elaborado o plano de ação para a redução das taxas de Mortalidade Materna, tais coeficientes eram de 52,96 mulheres para cada cem mil nascidos vivos e, em 1999, o Ministério da Saúde do Brasil aponta a cifra de 55,77 mulheres para cada cem mil nascidos vivos (BRASIL, 2001, tab.). Apesar das iniciativas brasileiras para a redução dessas cifras, Schirmer (2001) afirma que “as menores taxas de mortalidade materna continuam pelo menos oito vezes maiores do que aquelas aceitas, internacionalmente, como mortes inevitáveis” (p. 9).

A difusão de qualquer programa e, principalmente, do programa com a magnitude proposta pelo ‘Maternidade Segura’, visa a produção de subjetividades que aprendam a desejar o autocontrole através do controle preconizado pelo próprio programa. Um tal governo de si reforça as múltiplas possibilidades de cuidado, para a gestação e o parto, requerendo conhecimentos de quem e do que os cerca, de acordo com o preconizado pelo programa. O programa, ao ser difundido, torna os partos administráveis e os custos sobre

²² Tradução livre do texto em espanhol.

²³ Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994; IV Conferência Mundial sobre a Mulher, 1995. Em 1987, na Conferência Internacional sobre ‘Maternidade Segura’, realizada em Nairobi, no Quênia, foi discutido, pela primeira vez, o problema da morte de mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério.

²⁴ Tradução livre do texto em espanhol.

os corpos da mulher e da sociedade, menores. Na perspectiva desse governo de si, o Programa ‘Maternidade Segura’ forma recursos humanos de acordo com as necessidades relacionadas ao parto, ao indivíduo, à sociedade e ao Estado.

Os preceitos do ‘Maternidade Segura’ foram divulgados no Brasil através da publicação e farta distribuição do manual intitulado *Assistência ao parto normal: um guia prático* (OMS, 1996). Nele há relatos e análises de pesquisas sobre evidências pró ou contra algumas das práticas obstétricas mais comuns, para “a construção de um modelo assistencial dinâmico, voltado para o atendimento das necessidades e a garantia dos direitos do ser humano” (OMS, 1996, apresentação). Com base na metodologia das evidências científicas²⁵ e nos estudos de Enkin e colaboradores (1989), autores que contribuíram para embasar tal manual, a OMS estabeleceu como objetivo da assistência àquilo que definiu como ‘parto normal’. Para a Organização Mundial da Saúde, parto normal é aquele em que se obtém “uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança [devendo] haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (OMS, 1996, p. 4). No mesmo documento, classificou as práticas relacionadas ao parto e nascimento quanto à sua eficácia e segurança, reduzindo de 275 para 59 as práticas recomendadas para o atendimento ao parto, distribuindo-as nas categorias A, B, C, D conforme segue:

A: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C: práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deveriam ser usadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D: práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado (p. 35-38).

A seleção das práticas mais utilizadas no parto, realizada por Enkin e colaboradores (1989), criou múltiplas formas de parto, permitindo a classificação e ordenação de práticas para, dessa forma, melhor utilizá-las. Isso significa que a especificação das práticas e seus modos de utilização na gestação e no parto possibilitou um investimento sobre o corpo das

²⁵ Estudos envolvendo revisões sistemáticas de trabalhos realizados em diversos locais do mundo, sobre grandes temas em saúde e a conseqüente disponibilização de seus resultados a todos os interessados no assunto - profissionais ou não, é iniciativa atribuída a Archibald Cochrane, médico inglês. A revisão sistemática de literatura de áreas específicas da ciência recebe, a partir daí, a denominação de ‘evidências científicas’. No Brasil, assim como na maior parte do mundo ocidental, como já dito anteriormente, o ofício de partejar era considerado ultrajante até bem pouco tempo. Dentro da profissão médica a especialidade obstétrica não goza do mesmo prestígio que especialidades como cardiologia e neurologia, entre outras, tendo recebido, em 1972, o prêmio *the wooden spoon* - colher de pau ou palmatória – do inglês Archibald Cochrane, por ser a especialidade médica que considerou mais descolada da evidência científica, em sua prática.

mulheres, disciplinando-os para determinados modos de cuidado cujos custos pudessem ser racionalizados. Isto é: para um número de práticas mínimas consideradas indispensáveis para a produção de populações sadias.

Entre as iniciativas mundiais para a redução da mortalidade materna e infantil com vistas à ‘humanização do parto’, a OMS (1996) reconhece de modo especial, os estudos realizados por Chalmers, Enkin, e Keirse (1989), que descrevem as práticas utilizadas nos partos nas diversas regiões do mundo. Esse estudo envolveu dados de 18 países, mais de 40.000 publicações impressas e publicadas a partir de 1950, em 63 periódicos, abrangendo, até o ano de sua publicação, um período de quase 40 anos. Nesse mesmo ano, a primeira edição foi publicada sob o título de *Effective care in pregnancy and childbirth*, constando de 1500 páginas, distribuídas em dois grandes volumes, e considerada pouco prática para servir de guia de consulta. Na edição referida, estão compiladas 275 práticas de assistência perinatal, cuja versão reduzida foi publicada sob o título de *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (1995) e traduzida para o português do Brasil recentemente (2005). Na versão traduzida estão compiladas 459 práticas relacionadas à assistência na gravidez e no parto. Foram, portanto, acrescidas 184 práticas às 275 listadas anteriormente (ENKIN, M.; KEIRSE, M. J.; RENFREW, M.; NEILSON, J., 1995; 2005).

Na contingência do cuidado à mulher enquanto produtora de vida, o programa ‘Maternidade Segura’ se multiplicou em programas com denominações diferentes nos países que aceitaram e adaptaram suas prescrições conforme necessidades específicas. Assim, no Brasil, prescrições do ‘Maternidade Segura’ são descritas na apresentação do “Guia Prático para Assistência ao Parto Normal”, utilizado pelo Ministério da Saúde “como referência para implantação do parto humanizado” (OMS, 1996). Outros documentos decorrentes do “movimento de humanização do parto” foram editados no Brasil com as denominações de “Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento” (BRASIL, 2000a), “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” (BRASIL, 2001a) e “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada mulher” (BRASIL, 2001b), um manual que foi editado em conjunto com a Federação brasileira de ginecologia e obstetrícia (FEBRASGO) e a Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO). Sua tiragem foi de 50.000 exemplares, distribuídos aos serviços públicos de saúde em geral e aos profissionais afiliados às associações que o editaram em parceria. Outros documentos especificados no manual e também relacionados à gestação

são: “Gestação de Alto Risco” (BRASIL, 2000b) e “Urgências em Obstetrícia” (BRASIL, 2000c).

Todos os documentos citados relacionam-se ao manual “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher” (BRASIL, 2001b), pois sustentam e explicitam as práticas nele publicadas. Seu objetivo principal é “reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos” (p. 25). Tal objetivo levou em conta que o parto normal, em 1999, “foi o procedimento mais freqüente nos hospitais e ocupou o segundo lugar no item impacto financeiro” (BRASIL, 2001b, p. 19). Esse objetivo poderia ser dividido em, pelo menos, duas partes: a administrativa, que envolvesse a reorganização da assistência e a ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde que atendem o parto e outra econômica, que se referisse a garantia da qualidade com um conjunto mínimo de procedimentos. Fica claro em tal objetivo que, para o Ministério da Saúde, falar sobre parto é também falar sobre pré-natal e puerpério, visto serem períodos que, respectivamente, antecedem e sucedem tal evento e supõem, nessa perspectiva, uma atenção continuada. Porém, o que significa reorganizar a assistência vinculando todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal? Como, a partir desta reorganização, vincular ‘formalmente o pré-natal ao parto e puerpério’? O que implica ampliar o “acesso das mulheres às 4.757 unidades que atuam em diferentes níveis de complexidade” do parto (BRASIL, 2001b, p, 19). Como ‘garantir a qualidade da assistência com um conjunto mínimo de procedimentos’? O que constitui esse ‘conjunto mínimo de procedimentos’? Haveria, por acaso, um conjunto excessivo de procedimentos que deveriam ser ‘enxugados’? A garantia desse ‘conjunto mínimo’ não significaria, ao mesmo tempo, uma diminuição de custos?

Alcançar tal objetivo supõe uma mobilização de pessoas que ocupam lugares diversos, entre os quais profissionais da área da saúde, gestantes, gestores e instituições, como escolas, hospitais, postos de saúde, laboratórios e clínicas. Em todos esses lugares possibilita-se a materialização da pedagogia da ‘humanização do parto’, colocando-o numa outra ordem de educação e da vida.

1.3 Da gramática

Veyne (1998), seguindo as ‘pegadas’ de Foucault, (2000a), diz que o ‘discurso’ está muito distante das palavras. Para ele, “as palavras nos enganam e nos fazem acreditar na

existência de coisas” (p. 252), mas são apenas pensamentos limitados pela gramática e esta, por sua vez, é determinada por práticas vigentes. Portanto, palavras como humanização, vida e parto são conformadas por uma gramática derivada das práticas que as circundam.

‘Humanização’ traz consigo as lutas em torno das ‘verdades’ relacionadas às suas práticas. A escolha do termo ‘humanização’ para designar uma política de governo tem a força de uma história construída desde a Grécia Antiga em torno do ser humano (do bom, do belo, do verdadeiro).

Já, a ‘vida’ a que me refiro é uma prática diretamente relacionada à ‘humanização²⁶ do parto’. Não falo da vida da gestante, de sua família, dos gestores ou dos profissionais. Trata-se, aqui, da “vida” que entra na história como um acontecimento que surgiu no mundo ocidental, a partir do século XVIII, ligado à emergência do capitalismo (FOUCAULT, 1999b) e de uma vida regulada por preceitos e modos de intervenção governamental que constituem a gramática que capturou a própria vida. Então, a “vida” colocada na trilha da humanização desloca-a e se desloca constantemente na estrada da história do parto. Nesse trabalho, a vida tem sua vizinhança nas múltiplas práticas relacionadas ao ‘parto humanizado’ cujos contornos se modificam conforme as práticas que lhe fazem limites, atualizando-as. Assim, ao serem atualizadas, já não são mais as mesmas.

Ora, se as palavras enganam, se representam coisas diferentes conforme as contingências em que as práticas são exercidas, se as palavras enganam o ser humano ao se referir a coisas que já não são mais, a que práticas a palavra humanização é relacionada nas políticas de humanização do parto?

Assim, trato as prescrições sobre determinada forma de parir, contida nos documentos do Ministério da Saúde (ver subitem 1.2 deste capítulo) e que constituem o “movimento de humanização do parto”, como a sintaxe oficial do parto no Brasil. É através dessa sintaxe que a ‘humanização’ passa a regular e operar as práticas de parir. E é nessa dimensão que tais prescrições produzem uma forma de ‘fazer viver’ (FOUCAULT, 1999d, p. 287).

A gramática de governo pensada dessa maneira produz determinados modos de cuidado à gestação e ao parto, faz circular um saber de ‘humanização’ capaz de envolver

²⁶ ‘Humanização do parto’ = ‘humanizar’ (prática) o ‘dar a vida’, ‘trazer a vida’ (prática). Então, ‘humanizar’ é uma prática; dar vida ou viver são práticas; parir é uma prática; pensar é uma prática.

todos os participantes desse cuidado, esquadrinha e enquadra minuciosamente aspectos da saúde e da educação, institui e define tecnologias²⁷ de ‘humanização’. Uma gramática que produz as práticas que descreve e prescreve. Portanto, falar em ‘humanização do parto’ é colocar o foco sobre uma gramática de gerência da vida.

As prescrições dessa gramática supõem um ‘parto normal²⁸’, definido como o parto que tem “início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, na posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições” (OMS, 1996, p. 4). A terminologia obstétrica utiliza o termo distócico²⁹ - não eutócico ou anormal, sujeito a riscos – para o parto que foge dos parâmetros definidos como ‘normais’. Este tipo de parto, por fugir ao enquadramento de normalidade³⁰, é sujeito a um controle diferenciado.

Na gramática da ‘humanização’, incluem-se os princípios e as normas para “a **capacitação** da equipe de saúde” (BRASIL, 2000a, p. 10, grifo meu). Nela, ‘a escuta’ é produzida como uma atitude profissional e pessoal:

²⁷ Tecnologias (RABINOW, 1995) são aqui entendidas como um conjunto de operações e procedimentos, junções de saber e poder que são inventadas, implementadas, retiradas de circulação, voltando a ser colocadas em prática e que atuam no sentido da subjetivação dos indivíduos. Nos programas de formação profissional estão engendradas tecnologias disciplinares e normalizadoras que visam o trato de perigos e de riscos para a saúde das gestantes e mulheres em situação de parto, e ordenam num determinado modo de ser profissional, as atividades de profissionais e o desemprego com os possíveis efeitos para os indivíduos e para a sociedade. É parte essencial destas tecnologias todo o conjunto de documentos, de dossiês, de estatísticas que produzem um conhecimento acurado e preciso sobre os sujeitos a quem se destinam as práticas de educação profissional, como também das condições sociais, econômicas e culturais que os envolvem.

²⁸ O normal é um critério de regulação que classifica os indivíduos e eventos como normais ou anormais. Assim, normalização é a afirmação do poder da norma; ela estabelece o normal como “um dos grandes instrumentos de poder no fim da era clássica” (FOUCAULT, 1998, p. 153). À medida que individualiza, o poder normalizador gradua, classifica, hierarquiza as diferenças individuais e isso, segundo Foucault possibilita a organização [...] de “um corpo médico e um quadro hospitalar [...] capazes de fazer funcionar normas gerais de saúde” (p. 153).

²⁹ Distócico: dis – que se desvia da norma; tócico – parto. Parto que se desvia da norma.

³⁰ “A norma é aquilo que fixa o normal a partir de uma decisão normativa... sob o ponto de vista da normalização, não há diferença entre o nascimento da gramática na França do século XVII e a instituição do sistema métrico no final do século XVIII. Richelieu, os convencionais e Napoleão Bonaparte são os instrumentos sucessivos de uma mesma exigência coletiva. Começa-se com normas gramaticais para concluir com as normas morfológicas dos seres humanos e dos cavalos visando à defesa nacional, passando pelas normas industriais e higiênicas” (CANGUILHEM, 2002, p. 145).

[...] escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito se dispõe a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e por isso exige um grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências (p. 10).

Contudo, essa atitude que deve ser desenvolvida nos profissionais supõe que as gestantes falem sobre si, até que haja uma efetiva “troca de experiências” (p. 10). Com isso, o movimento de ‘humanização do parto’ pretende criar um vínculo de confiança entre os profissionais e as gestantes. É esse vínculo que irá garantir que as mulheres procurem os serviços de saúde para a realização do pré-natal e entreguem “seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente, a cuidarem delas” (p. 10). O profissional da saúde é educado para ouvir as gestantes como parte do exame³¹ que é realizado nelas, mas, também, como parte de sua educação, para que na “escuta” daquilo que for dito, o profissional entenda a perspectiva daquele que fala, no caso, principalmente a gestante. O programa pede mais ainda aos profissionais: como estratégia de ‘captura’ da gestante, pede-lhes que abram mão “dos papéis predeterminados socialmente e reaprendam a fala popular” (BRASIL, 2000a, p. 10); que se aproximem de cada gestante respeitando sua singularidade e que não percam de vista seu contexto familiar e social, usando linguagem adequada ao entendimento da população atendida; que a “língua” utilizada seja a “fala popular”, que deve ser entendida por todos os envolvidos com a “humanização do parto”: gestante, prestadores de serviço e gestores. Os significados - a semântica - devem ser os mesmos. É, portanto, através da aprendizagem da língua da “humanização do parto”, de sua sintaxe e semântica, que o manual supõe a criação de “um ambiente acolhedor, [que rompa] com o tradicional isolamento imposto à mulher” [grávida] (p. 10).

Para a realização do trabalho educativo de promoção da saúde são destacados modos de utilização da gramática de “humanização do parto”. Isso se dá através de discussões nos grupos formados por profissionais e gestantes, nas “dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes [desses grupos, a fim de evitar-se o] estilo palestra [e o] roteiro preestabelecido” (p. 12). Contudo, na seqüência do texto que especifica os modos de utilização dessa gramática, são listadas “questões que emergem nos grupos” (p. 12), como “sugestões” de temas para discussão que, semelhante à referida anteriormente, contém palavras que ordenam as condutas dos profissionais e ditam formas de disciplinamento para a população atendida. Sugere que o

³¹ Foucault (1999c) entende o exame “como um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos, uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados” (p. 154); uma combinação entre norma e vigilância.

profissional deve ter tais informações para educar gestantes individualmente ou em grupo e para utilizar estratégias educacionais que propiciem tais falas, estabelecendo, assim, “relações menos desiguais e menos autoritárias” (p. 10). Em suma, propõe que o profissional, em lugar de “assumir o comando da situação passe a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam segurança para a mulher e o bebê” (BRASIL, 2001b, p. 10). Uma proposição que utiliza os propósitos do exame ao traduzir ‘condutas que tragam bem-estar e garantam segurança’ pela vigilância permanente (através das consultas do pré-natal, das visitas domiciliares, da internação para observação e acompanhamento), pela classificação que distribui, julga, mede, localiza as gestantes (no domicílio, no hospital, na casa de parto; que é de alto, médio ou baixo risco; que está no primeiro, segundo ou terceiro trimestre da gestação; cujos fetos apresentam anomalias ou que apresentam desenvolvimento ‘normal’...) de forma que o poder possa ser exercido ao máximo sobre a gestante e sua família; que o saber seja produzido ao máximo e disseminado conforme os interesses do governo.

Os documentos do “Programa de Humanização do Parto” (BRASIL, 2001b) editados pelo Governo Federal e elaborados por especialistas em gestão e gestação estabelecem prescrições, normas, classificações e sistematizações das práticas de ‘humanização do parto’. Neles, a atenção humanizada “envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal” (p. 9). Afirmam, ainda, deixar de lado “velhos paradigmas na educação médica e na elaboração de guias normativos [ao utilizarem] consciente, explícita e criteriosamente a melhor evidência científica clínica disponível [...] para o cuidado de pacientes [...] e elaboração de” (p. 182) tais guias.

A priorização dos conhecimentos, ou melhor, das “evidências científicas” sobre o “mágico e o empírico” (BRASIL, 2001b, p. 182), prevaleceu na definição da política relacionada ao parto do Ministério da Saúde, por entender que “o pensamento científico é uma etapa superior do conhecimento e está baseado na investigação sistemática e metódica, seguindo regras preestabelecidas que permitem sua replicabilidade se estas forem respeitadas” (p. 182). Isso pressupõe que há uma hierarquia dos conhecimentos, sendo que o conhecimento científico ocupa, então, o topo dessa hierarquia. A evidência científica é, portanto, o que qualifica as práticas do ‘parto humanizado’ como as mais verdadeiras, mais modernas, melhores, mais científicas; é o que classifica todas as práticas de parto, anteriores a esse programa, como ‘velhas’; é o que opera uma homogeneização

das práticas de parto como ‘humanizadas’; é o que produz gestantes, profissionais e sociedade adequada ao parto humanizado; é o que regula o que se pode e o que não se pode fazer em termos de humanização, tendo como fator legitimador, tal cientificidade (MARZOLA, 2000). Ao optar pela ‘humanização do parto’, o governo nega o que foi praticado anteriormente nesta área e coloca a ‘evidência científica’ como instrumento metodológico para a “tomada de decisões mais informadas e corretas com aumento de efetividade e segurança nas intervenções dos profissionais em saúde” (O QUE SOMOS?, 2001). O Ministério da Saúde também considera que a disponibilidade das ‘melhores evidências científicas’ pode, a partir de treinamento e capacitação de pessoal, “gerar e disseminar conhecimentos válidos, úteis e confiáveis, conjugar recursos intelectuais, interpessoais, científicos e tecnológicos para **mudar comportamentos, habilidades, atitudes e valores para intervenção em problemas específicos**” (grifos meus). Salienta que os procedimentos ‘humanizadores’ descritos “de forma sintética e crítica”, têm como objetivo possibilitar “a elaboração de guias normativos, [a] tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais” (BRASIL, 2001b, p. 182), “a racionalização de custos e a maior satisfação dos provedores e usuários de serviços de saúde” (O QUE SOMOS?, 2001). As práticas justificadas através das ‘evidências científicas’ são consideradas pelo Ministério da Saúde uma forma “menos autoritária” (BRASIL, 2001b, p. 182) de estabelecer normas de comportamento que direcionam a ação de profissionais da saúde: “o que deve ser mantido – porque os benefícios estão assegurados – e o que deve ser abolido, porque são comprovadamente danosos” (OMS, 1996). Assim, os danos ou benefícios que algumas práticas possam propiciar são normalizados e listados.

E, ao estabelecer prêmios, o governo examina e conforma o seu próprio programa de acordo com as práticas descritas. Assim, são instituídos os prêmios Galba Araújo (BRASIL, 2004a), Hospital Amigo da Criança³², Prêmio da Política Nacional de Humanização David Capistrano ou Prêmio Humaniza SUS³³. O prêmio Galba Araújo, cuja entrega da 4º edição aconteceu no dia 16 de fevereiro de 2005, em Brasília, reconhece e premia as unidades de Saúde integradas à rede SUS que “desenvolvem e se destacam na humanização do atendimento obstétrico e neonatal e ao incentivo ao parto normal”

³² Há, no Rio Grande do Sul 13 hospitais, dos 271 espalhados no país, que receberam o título de Hospital Amigo da Criança (AMAMENTAÇÃO, 2004). Além do título, esses hospitais recebem um valor financeiro adicional pelo atendimento ao parto, a cesariana e ao recém-nascido (DETALHAMENTO, 2001c).

³³ Instituído para o ano de 2004, o prêmio David Capistrano (BRASIL, 2004b), destinou R\$ 50.000,00 a cada uma das 16 instituições ganhadoras. A Prefeitura de Porto Alegre foi a única instituição do Rio Grande do Sul na lista das 45 instituições finalistas.

(BRASIL, 2004a). O valor do prêmio é de R\$ 30.000 para cada uma das instituições premiadas e contempla, no máximo, cinco instituições, uma de cada macrorregião do país. O título de Hospital Amigo da Criança é concedido aos hospitais que se enquadram nos ‘10 passos para o sucesso do aleitamento materno’. E o prêmio David Capistrano teve por objetivo “reconhecer, incentivar e valorizar as instituições que integram a rede do SUS, nos vários níveis de atenção que se destacam por ofertar práticas que possibilitem atenção e gestão humanizadas” (BRASIL, 2004b).

O presente estudo sobre a ‘humanização do parto’ pretende, então, questionar e refletir sobre o que é e o que pode ser expresso através da sintaxe e da semântica de sua gramática.

1. 4 Da normatização, das listas e dos manuais

Para o guia prático de assistência ao parto publicado pelo programa ‘Maternidade Segura’ o “conceito de ‘normalidade’ no parto não é padronizado ou universal” (p. 1).

Ainda em seu preâmbulo, este guia coloca que nas últimas décadas do segundo milênio os objetivos da expansão e desenvolvimento de uma variedade de práticas foram desenhadas para “iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto” com a finalidade de “obter os melhores resultados de mães e recém-nascidos, e algumas vezes para racionalizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar”. Nesta situação, as múltiplas práticas instituídas como normais e, portanto, passíveis de serem reguladas, descritas, tornadas normas, só são possíveis após sua classificação num determinado padrão. As demais, as excluídas da normalidade, podem ser ‘evidenciadas’ através de sua não-descrição, isto é, tudo o que não está descrito nas práticas é considerado anormal, pelo menos até que seja incluído na norma. E isto, para o programa de humanização do parto só é possível através do crivo que é a disseminação de saberes descritos através da perspectiva das evidências científicas. A possibilidade de inclusão não se dá como verdade que pode ser utilizada indiscriminadamente para todos, mas que foi utilizada em circunstâncias nas quais se obteve resultados desejados. Também não que dizer que os mesmos resultados serão obtidos em circunstâncias semelhantes, mas que há melhores probabilidades disso ocorrer.

Uma maneira de mostrar como isso ocorreu na ‘modernidade do parto’ é trazendo os resumos gerais da clínica de Madame Dürocher, entre os anos de 1833 a 1868. Eles mostram como ela classificou, descreveu e quantificou formas de apresentação e posição

fetal, duração da gestação, complicações surgidas, medicamentos utilizados, mortalidade de mulheres e fetais entre outras ocorrências. Madame Dürocher diferencia os partos pélvicos realizados em “164 de nádegas, 36 de pés e 3 de joelhos”. (SOUZA, 1998, p. 323). Tal modelo estabelece a divisão entre normal e anormal na medida em que torna cada uma dessas posições comparáveis dentro de um mesmo grupo e entre grupos de diferentes posições, possibilitando, então, que se reconheçam suas diferenças. Na classificação dos 4.258 partos atendidos por Madame Dürocher de 1833 a 1868, 3.999 foram “parto naturaes” e 300, “partos difíceis” (SOUZA, 1998, p. 332). Ao classificar os partos em “naturaes”, não são salientadas outras particularidades relacionadas a cada um desses nascimentos, fazendo com que todos estes se igualem num mesmo ponto convergente, isto é, serem “naturaes” e de apresentação pélvica. Da mesma maneira, os partos difíceis são igualados entre si, mas diferenciados em relação aos “naturaes”. Com a estabilização de um padrão de normalidade (partos naturais) produz-se a regra ou norma. Esta se imbuí de um poder que não obriga nem proíbe, não define os termos da ordem ou desordem, mas incita a produção de fazeres e dizeres de acordo com o padrão de normalidade estabelecido. Fora disto, produz-se a diferença (partos difíceis). Todavia, a normalidade determinada para os partos naturais, exclui situações de anormalidade com os recém-nascidos, evidenciadas no momento do nascimento. Assim crianças nascidas ‘naturalmente’ porém com alguma anormalidade, recebem na lista de Madame Dürocher, uma outra classificação, ou seja, são incluídas como “complicações” (p. 326), tais como, “criança com obliteração do reto, hidrocéfala ou com vício de conformação da abóbada palatina” (p. 326). Isto faz com que haja subdivisões sucessivas que, à medida que especificam mais e mais uma categoria, multipliquem-se as possibilidades de categorias e ressaltam o potencial para desvios da norma.

O pensamento sobre normalização se faz possível onde se permite que todos se pareçam em torno de um dado padrão (FONSECA, 1995). Isto não é o mesmo que dizer que todos sejam iguais. Daí que as estratégias de normalização disciplinar do biopoder, enquanto instrumentos que produzem o indivíduo moderno levam à necessidade de construir um modo de ser na produção desse indivíduo na qual tanto o cuidado consigo quanto o exercício da liberdade aí implicado se opõem à normalização que o caracterizam na modernidade, ou seja, não uma normalização que torna os indivíduos iguais mas que o coloque dentro de determinados padrões.

Os processos de normalização com suas operações de classificação e individuação são disseminados na modernidade. Instaure-se a era da normalidade, onde os atos que

regulam (sanção normalizadora) estão ligados “a uma forma de vigilância que permite conhecer os menores atos, as menores condutas e os comportamentos mais sutis que ocorrem em qualquer lugar de aplicação da tecnologia disciplinar” (FONSECA, 1995, p. 56), incidindo num espaço vazio deixado pelas leis e sendo exercido pela observância da regra.

O que regula é a norma ou regra. E, junto a essa regulação, criam-se diversos saberes relacionados a estatística. Nesse mister, no início do século XIX, “parteiros e parteiras, começaram a elaborar estudos estatísticos com o objetivo de sistematizar o conhecimento sobre a parturição” (SOUZA, 1998, p. 22), classificando as diversas seqüências possíveis desse acontecimento, produzindo padrões de normalidade. A normalização foi tomada, então, como uma tecnologia de poder centrada na vida ou no corpo-espécie, que Foucault (1999b) explicita como o “corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, os níveis de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar” (p. 131), e que possibilitam o aparecimento de “técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações” (p. 131). Na compreensão de Veyne (1998) ‘método’, para Foucault, é um modo pelo qual se objetiva a prática dando-lhe, então, significados antes não visíveis. “Cada prática [...] engendra o objeto que lhe corresponde” (p. 256) e é por isso que as coisas e os objetos não existem fora de suas práticas correspondentes. E, mediante o deslocamento da normalização dos limites dos corpos e dos espaços individuais para a amplitude das populações e de seus processos vitais, as práticas podem ser relacionadas à biopolítica e esta, aos mecanismos de poder-saber para gerir os fenômenos ligados à vida.

Faço aqui um estranhamento quanto à palavra ‘normal’ utilizada para designar o tipo de parto dentro da instituição hospitalar. Uma das maneiras de se apontar normalidade na “era” da cientificidade, se não a principal, é ditada pela estatística representada na distribuição de dados na curva de Gauss³⁴. A curva é também denominada curva de erros e curva normal. A distribuição das medidas na curva normal faz com que o evento assumira um caráter universal que é ratificado através da teoria das probabilidades fazendo com que seja utilizada com frequência em estatística. A curva mede, portanto, a normalidade científica de um evento, e torna-se instrumento fundante da normalidade para a ciência

³⁴ Esta curva é introduzida pelo matemático alemão Karl Frederich Gauss em 1809 e descreve a distribuição de medidas em uma determinada curva.

instituída na modernidade. Assim, uma prática utilizada por um período de tempo tal que passa a fazer parte do dia-a-dia pode, juntamente com outras situações aleatórias, ser submetida a testes estatísticos e ser nominada como ‘normal’. O normal é sempre determinado pela média, porém é aceito como dentro da normalidade uma faixa que engloba resultados menores e maiores que a média, mas próximos dela, que é o desvio padrão. Pelo conceito dado pela teoria das probabilidades, 95% das situações estudadas estarão nesta faixa e os demais 5%, apesar de constituírem parte da curva, estarão fora desta ‘normalidade’ ocasionando, eventualmente, um erro de interpretação chamado de ‘cilada da estatística gaussiana’. Daí a possibilidade de se estabelecer a ‘normalidade’ dos ‘partos’ através de eventos mensuráveis, separadamente, quanto ao risco. Portanto, o parto será de maior ou de menor risco dependendo dos eventos a que estiver associado.

Lupton (1999) relaciona os conceitos de risco, tal como são aplicados pelos especialistas à gravidez, a dois tipos de conhecimento do risco: o risco clínico, baseado nas características dos estudos de caso de indivíduos observados pelos especialistas e o risco epidemiológico, calculado pela observação dos padrões em populações anônimas de doenças e da identificação de fatores associados ao risco. Dessa forma, tais descrições de risco servem para tornar os riscos presentes na gravidez, no parto e no nascimento, problemas calculáveis e governáveis, que podem ser transformados em problemas que requerem ação. Assim, as duas produções de conhecimento sobre risco situam o parto numa formação que permite compará-lo a muitos outros partos, sendo, portanto, normalizadores.

A forma de ser do programa de ‘humanização do parto’, é descrita de maneira tal que ao mesmo tempo em que ele gerencia os partos, produz o disciplinamento dos corpos grávidos, das famílias, dos profissionais, das instituições de ensino (aí incluídos os hospitais) e da vida.

Entre o corpo e a população estão integrados os mecanismos da normalização e os sistemas de governo que fazem da medicalização das práticas relacionadas ao parto, tais como o enema no preparo do intestino, a tricotomia no preparo do períneo, o NPO para o esvaziamento do estômago, a cesariana no esvaziamento do útero, a episiotomia na prevenção de rupturas, ‘obrigam’ a realização de tais ações, na medida em que estas envolvem juízo subjetivo, complexas decisões de caráter pessoal, justificadas em razão da exigência da sociedade na solução de seus problemas de saúde, “mesmo quando não haja conhecimento científico para ampará-las” (SCHRAIBER, 1993). A autoridade técnica e moral do profissional envolvido com a ‘humanização’, integra-se à governamentalidade

enquanto tecnologia política do corpo, situando-o como possibilidade, junto ao usuário e o governo, de mudanças na forma de vida da população. É também preciso considerar o momento em que a ação transforma-se em intervenção propriamente dita, transformando o outro (tanto a grávida quanto o profissional), por meio e em razão de escolhas de técnicas. As escolhas realizadas definem um viver orientado ou submetido ao outro. Assim tanto a escolha do diagnóstico e do tipo de assistência propostos, são exercícios éticos de ambas as partes.

Os trabalhos realizados para divulgar as recomendações do programa de ‘humanização do parto’ em conjunto com as narrativas de seus desvios, desvantagens ou vantagens, as comprovações científicas de sua validade e também as iatrogenias decorrentes, têm suscitado grandes discussões. O uso rotineiro de tais práticas e, portanto, sem o seguimento de outro critério que não a rotina, tornou tais procedimentos, estatisticamente ‘comprovados como abusivos’, ou seja, um excesso. Junto à ‘constatação científica’ desses excessos, surgiu a necessidade de controlá-los, abrindo a possibilidade para a justificativa da criação de modalidades de atendimento às mulheres em nome da atenção ‘humanizada’ como, por exemplo, a profissionalização de Doulas³⁵. Fisioterapeutas, psicólogas, psicólogos também se ‘especializam’, conforme suas competências no cuidado ‘humanizado’ à gestante. E, soma-se a isso o estímulo do Ministério da Saúde à capacitação de parteiras tradicionais, e o apoio à atuação de enfermeiras nesta área, financiando cursos de especialização em enfermagem obstétrica (BRASIL, 2001i) com o propósito de ‘humanização’ do parto e nascimento. Concomitantemente a isso, é intensificado o programa de interiorização da assistência à saúde através da contratação de médicos e enfermeiras para atuarem em cidades brasileiras onde a mortalidade infantil é considerada elevada.

Em 1985, a OMS e a OPAS reuniram-se em Fortaleza-BR, para uma reunião cujo foco principal foi “o de examinar as evidências pró ou contra algumas práticas mais comuns e fazer recomendações fundamentadas nas melhores evidências disponíveis,

³⁵ *Doula* é identificada no Guia Prático de Assistência ao Parto do programa ‘Maternidade Segura’, como uma mulher que tem treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com a variedade de procedimentos de assistência nessa situação. Seu trabalho consiste em apoiar emocionalmente a gestante através de “elogios, reafirmação, medidas para aumentar o conforto materno, contato físico, como friccionar as costas da parturiente, segurar suas mãos” (OMS, 1996, p. 13), explicar o que está acontecendo durante o trabalho de parto e ser uma presença amiga e constante. Atualmente, o trabalho da *doula* pode ser voluntário ou remunerado; há movimento de diversos profissionais no sentido de tornar tal atividade uma profissão reconhecida oficialmente. Relatos de sua presença e atuação são encontrados na Grécia Antiga. A *doula* era sempre uma mulher com experiência pessoal de parto; servia e cuidava da dona da casa, especialmente durante a gestação, parto e amamentação e fazia com que as mulheres ‘vivessem’ essa situação.

quanto ao seu papel na assistência ao parto normal” (OMS, 1996, p. 1). Nessa descrição pode-se ler o deslocamento das práticas centradas nos indivíduos para práticas cuja consecução pressupõe uma cientificidade; uma afirmativa que não examina a conduta do profissional, mas questiona a prática do parto normal em relação às evidências científicas. A ênfase crescente na ‘medicina baseada em evidências’ coloca-se através da racionalidade que permeia o deslocamento do humano para as práticas produzidas por estes humanos. Tal deslocamento confere uma cientificidade à ‘humanidade’ e uma ‘humanidade’ à cientificidade, sempre considerada oportuna quando se trata de ‘humano’.

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

De um modo geral, os procedimentos caracterizam o funcionamento dos programas estudados, de forma a permitir uma melhor compreensão das estratégias de intervenção utilizadas, elucidando os pressupostos que pautam suas ações como o ‘risco’. Preenchendo o requisito de gestação ‘de risco’ a partir de critérios estabelecidos nos manuais através dos conteúdos de suas listas, as mulheres são consideradas a partir de tais critérios, recebendo informações e tratamento específicos para tal.

As gestantes que participam do programa recebem instruções, individuais ou em grupo, dos prestadores de serviço que abordam aspectos educativos relacionados às possibilidade de risco em que estão classificadas. Assim, gestantes adolescentes, diabéticas, hipertensas, diabéticas, com HIV positivo ou ‘normais’ recebem informações direcionadas a cada situação. São abordados aspectos de condicionamento físico para o parto, dieta, repouso, higiene, cuidados com recém-nascido, anticoncepção, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e aspectos emocionais em horários e atividades controladas nos postos, para melhor aproveitamento dos espaços disponíveis. É

através da participação nas atividades educativas, que atuam sobre a alma e sobre o corpo de cada um, que mulheres grávidas, suas famílias e os prestadores de serviço podem ser transformados, resgatados, devolvidos ao Estado e enquadrados nas normas de ‘humanização do parto’. Pode-se, então, relacionar a intimidade que o Estado tem com a norma quando se pensa que, ao se produzir verdades, não se determina sua exatidão nem a necessidade de agregar tais verdades às práticas, mas se faz quando essa verdade é executada e executada conforme normas.

A utilização de dispositivos disciplinares e pedagógicos, articulados com o cronograma de atividades planejadas pelo programa de ‘humanização do parto’, devem dar a tônica das atividades que precisam ser desenvolvidas. Do atendimento à gestante ao ensino do prestador de serviço; da gerência de custos ao tipo e locais de atendimento previstos fazendo com que o trabalho em local confinado (hospital e instituições educacionais) não sejam úteis apenas pelo parto ‘em si’

mas pelos efeitos que toma na mecânica humana. É um princípio de ordem e de regularidade; [...] veicula, de maneira insensível, as formas de um poder rigoroso; sujeita os corpos a movimentos regulares, exclui a agitação e a distração, impõe uma hierarquia e vigilância que serão ainda mais bem aceitas, e penetrarão ainda mais no comportamento dos [confinados] (FOUCAULT, 1999c, p. 203).

O enquadramento também pode ser realizado através da sociedade. No caso da ‘humanização do parto’, existe um número considerável de sites da rede de comunicação e informação virtual³⁶ que incitam a população de mulheres e de prestadores de serviço ao direito de escolha das práticas que desejam para o parto. Tais sites disponibilizam depoimentos de seus associados sobre partos, opiniões de profissionais, perguntas e respostas sobre práticas de parto ‘humanizadas’ consideradas vantajosas, cursos disponíveis, leituras e nomes de profissionais recomendados, fotos, vídeos, e também o que é considerado ‘falha’ institucional ou profissional relacionada ao parto experienciado.

³⁶ Como o ‘amigas do parto’: www.amigasdoparto.com.br; ‘parto nosso’: <http://br.groups.yahoo.com/group/partonosso/>, da Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNA: www.rehuna.org.br e do Doulas do Brasil: www.doulas.com.br/rehuna.html.

2 UMA HISTÓRIA DOS DISCURSOS DE HUMANIZAÇÃO

Se a promessa das ciências humanas era a descoberta do homem, ela certamente não foi cumprida; [...] os homens não tem cessado de construir-se a eles mesmos, de deslocar continuamente sua subjetividade, constituir-se numa série infinita e múltipla de subjetividades diferentes e que não terá jamais fim e que não nos depararemos jamais diante de uma coisa que seja o homem.³⁷ (FOUCAULT, 1994, p.73).

O exercício de pensar sobre o tema ‘humanização do parto e do nascimento’ traz essa instigante advertência de Foucault, que utilizo como motivo pelo qual tento descrever o modo como são constituídos o homem e o humanismo, numa perspectiva pós-moderna; modos que se modificam a cada construção e que não se repetem. Modos que constituem histórias de vida e vidas que se constituem em histórias que não são inscritas em apenas uma memória e que se produzem sem cópias. Daí, a ‘humanização’ produzir-se diferentemente em cada momento histórico trazendo significados diferentes conforme o momento de sua produção.

Após a apresentação da proposta deste estudo, embalei-me, por muito tempo, na pergunta realizada pela banca de qualificação desse projeto, na voz da professora Malvina Amaral Dorneles: - “o que é humanismo para você?” O termo, impregnado pelo senso comum, impedia-me de perceber os múltiplos modos do humano.

A partir da apresentação da proposta, realizei novas leituras e releituras da obra de Foucault em busca dos pensamentos do autor sobre humanismo: deparei-me com histórias sobre a verdade, o poder e o sujeito nas diferentes épocas. Encontrei o humano em uma forma não universal e não essencial; um ser múltiplo no tempo e no espaço, preso em uma grande rede de escolhas, de poder e de saber, na qual poderia percorrer sua liberdade. Mas, onde estaria expresso o pensamento de ‘humanismo’ em Foucault de modo que eu entendesse? Muito me debati buscando, em suas referências a essa palavra, pistas que sugerissem algo sobre o humanismo e que dessem suporte a este estudo. A tese de doutorado de Rosário Garcia Del Pozo (1998), intitulada ‘Michel Foucault: um arqueólogo del humanismo’ sugere que, para esse pensador crítico da modernidade, o humanismo constitui-se pelos três grandes eixos trabalhados em sua obra, ou seja, o poder, o saber e o sujeito produzidos pelo discurso. Procurei, então, localizar as palavras ‘humano, humanização e humanismo’ na produção das práticas descritas e prescritas nos manuais sobre ‘humanização do parto’ e nascimento editados pelo governo federal e cujas

³⁷ Tradução livre do texto em francês.

superfícies de inscrições são direcionadas ao corpo da mulher e da sociedade. A produção desse *corpus*³⁸ demandou um tempo exageradamente longo para meus critérios: os vícios do olhar me levavam sempre a procurar o que dizer sobre tais textos ao invés de prestar atenção nas interrogações que eles propunham. Então, como fazer emergir pensamentos que ‘falem’ sobre humanização e ser interrogada por eles? Como inventar um pensamento acategórico, deslocando perguntas às respostas? Como pensar o pensamento enquanto irregularidade e descontinuidade, ou melhor, como pensar problematicamente? (FOUCAULT, 2000b). Essas interrogações colocavam o imperativo de não fazer prevalecer, nem fixar, nem aceitar um pensamento que, ao ser colocado em questão, desconsidera todos os demais. A intenção não foi a de questionar o pensamento, mas de tratá-lo como positividade que é ao criar saberes ou relações de poder. Ao inserir o ‘parto humanizado’ nesse pensamento ‘acategórico’, percebi que poderia descrevê-lo onde suas tramas são tecidas, e descrever a trama que ele tece e, com isso, dar visibilidade aos documentos com que trabalhei. Assim, ao ‘ver’ o texto, percebi que ele perguntava como a ‘humanização do parto’ construía um exercício entre sujeitos livres ou uma relação de liberdade denominada *agonística*, isto é, “ao mesmo tempo, incitação recíproca e luta; menos uma confrontação face a face que paralisa ambos os lados e mais uma provocação permanente” (FOUCAULT, 1995, p. 245). Como as forças da “humanização do parto” incitam o poder em sua forma plena e não na forma de violência? Como fazer com que um poder assim exercido defina as condições de governamentalidade? Como os poderes instituídos pela ‘humanização do parto’ produzem um sujeito que é sujeito a este poder e ao mesmo tempo produtor e sujeito de sua prática? Como o programa define o significado de humanização³⁹? Que efeitos a ‘humanização’ produz nas mulheres grávidas sujeitas ao programa? E, antes de tudo, como essa ‘humanização’ emerge na atualidade, ou seja, quais as condições históricas que possibilitaram sua emergência nos dias atuais? A partir dessa perspectiva pude ver que a ‘humanização do parto’ não possui uma verdade essencial e

³⁸ Para Foucault o *corpus* (2000a) se refere ao conjunto de documentos “que recolhe passivamente as palavras pronunciadas” (p. 149).

³⁹ Para isso, trago ao longo do trabalho, diversas citações retiradas o Programa ou a ele aludido. Entretanto, as palavras ‘humano, humanização e humanizado’ são usualmente definidas nos dicionários substantivando a palavra homem, relacionando-o a uma condição. Assim, por exemplo, quando o “Aurélio” (Ferreira, 1998) define ‘humano’ como “pertencente ou relativo ao homem; bondoso, humanitário” está dizendo que, ser homem é ser bondoso e humanitário. Quando define ‘humanização’ como “ato ou efeito de humanizar-se” diz que a condição para ser homem passa pela necessidade de constituir-se bondoso e humanitário. E, quando define *humanizado* como ‘o que sofreu processo de humanização’ indica que o processo de humanização foi operado no homem, tornando-o ‘bondoso, humanitário’.

atemporal, mas que o parto foi construído passo a passo através de acontecimentos diversos, num jogo em que o “poder da verdade está a serviço da verdade do poder” (LARROSA, 1994, p. 152).

Ainda que não tenha sido minha intenção analisar o pensamento de ‘autores humanistas’, procurei destacar maneiras de como o humanismo foi evidenciado na história por alguns deles, detectando descontinuidades em relação ao que foi entendido por ‘humanismo’, para descrever como esse termo se constituiu na configuração da ‘humanização do parto’. Assim, busquei na história um pouco daquilo que foi dito ou considerado “humanismo” e que poderia estar relacionado aos textos dos programas de ‘humanização do parto’.

Em Jaeger (c1936), encontro a referência de que o humanismo grego – a *humanitas* (p. 13) - tem duas acepções: a de humanitário, tida como vulgar e primitiva, e outra, de sentido mais nobre e rigoroso, que “significou a educação do homem de acordo com a verdadeira forma humana, com seu autêntico ser” (p. 13). Esse significado, no entanto, não se refere ao homem enquanto indivíduo, mas à idéia de homem a que aspiram educadores gregos, poetas, artistas e filósofos, com o propósito de “modelagem dos indivíduos pela norma da comunidade” (p. 13). Para Jaeger, ainda, o humanismo grego diz respeito à “imagem do Homem genérico na sua validade universal e normativa” (p. 13). Esse Homem não se constituiu a partir de uma forma rígida e definitiva, mas da importância dada à vida comunitária e às obras criadas pelo homem político, que alia o individual à totalidade: Paidéia. Humanismo e Estado são, pois, indissociáveis na época helênica.

Na Grécia Clássica, período áureo da cultura grega e que se tornou conhecido através da filosofia de Sócrates, Platão e Aristóteles, a educação se põe como problema e a humanidade do homem é produzida pela educação. O que constitui a desumanidade do homem é, então, a falta dos conhecimentos necessários ao cidadão. Segundo Jaeger, "os gregos viram, pela primeira vez, que a educação tem de ser um processo de construção consciente" (p. 12) para a formação do homem em sua pretendida *humanitas*.

Platão, em seu Protágoras (2002), questiona o que é educar? O que é ensinar e aprender? O que é a virtude? A virtude pode ser ensinada? O diálogo entre Sócrates e Protágoras chama a atenção para essas questões e adverte que a procura do ‘ser homem’ ou a resposta à questão ‘o que é ser homem?’ Só pode ser encontrada se for uma procura comum, um esforço partilhado por todos os homens. Aqui, ser homem em sua plenitude, ou em sua *humanitas*, é indissociável do fato de ser habitante da *pólis*, vinculando-o “às características do Homem como ser político” (JAEGER, c1936, p. 15). Ser cidadão era ser

o Estado com as peculiaridades que o individualizaram e, ao mesmo tempo, tornaram seus os cidadãos.

Ao desenvolver a idéia de humanismo, Sófocles (1996), em sua obra *Antígona*, descreve o homem como a mais maravilhosa das maravilhas, alguém de artes e engenhos inesgotáveis que, ano após ano, rasga o ventre do solo obrigando-o à maior fertilidade; um homem que soube aprender sozinho a usar a palavra e cujo pensamento é mais veloz do que o vento; um homem que aquece o frio, que escapa das chuvas, que “vive o presente, recorda o passado e antevê o futuro” (p. 18). Em ‘*Antígona*’, os limites do homem são a morte e seu semelhante, “o qual não vê e não entende” (p. 19). A medida de sua humanidade está no respeito às leis e aos costumes, de modo a construir pontes e derrubar muralhas.

A história de Sófocles revela Creonte, rei de Tebas, alheio ao seu povo, centrando-se, principalmente, na sua necessidade, enquanto soberano, de conquistar outros territórios e seguir estritamente as leis do Estado, ignorando a cultura do povo. Creonte, ao promover a guerra entre Tebas e Argos para anexação deste último território, coloca seus dois sobrinhos frente a frente nos campos de batalha. Ambos morrem em combate, porém, ao opositor, é negado o enterro, contrariando a tradição do povo de enterrar e chorar seus mortos. Antígona, uma das irmãs dos mortos, nega-se a cumprir a ordem do rei e consegue promover um tosco enterro do irmão, para que este não fosse “banquete fácil dos abutres” (SÓFOCLES, 1996, p. 6). Creonte, ao não permitir que tais cerimônias fúnebres se realizem, legisla para salvar-se em seu reino, desentendendo-se com todos os que lhe mostram amizade e provocando efeitos sobre sua família e seu reino. É nessa situação que ele recebe a notícia dos suicídios de Hémom, seu filho e noivo de Antígona, de Antígona e de Eurídice, sua mulher. Essas mortes são acompanhadas de outra notícia: a perda da batalha de Tebas contra Argos, atribuída ao cansaço e à fome dos guerreiros. Tebas não mais pertence a Creonte. A confusão entre poder e direito tem efeitos sobre todos e faz com que Creonte, em seu sofrimento, peça: “Olhem para mim e vejam a que preço aprendi a ser humano” (p. 55). Sua ‘falta de humanidade’ é, então, relacionada à negação do direito dos cidadãos (de serem sepultados conforme o costume) e também, à impossibilidade dos cidadãos em opinarem nas questões do Estado que, na Grécia, era o direito à própria vida. O efeito desse cerceamento sobre Antígona e Eurídice faz com que se retirassem da ‘vida terrena’ para gozá-la onde acreditassem que esse direito estivesse presente. À Creonte coube um reino sem súditos, solitário, vazio, sem o sentido do reino desejado por ele, no qual o governante não tem mais poder e no qual a humanidade aprendida pouco lhe valerá.

Pulando alguns séculos, lê-se na descrição de Heidegger (1973), em sua *Carta ao Humanismo*, a circunstância em que é pensada e visada a condição do homem em sua *humanitas*. À época da república romana, *homo humanus* é o homem romano, e apenas o romano, descrito em sua humanidade como cidadão que incorporou a cultura grega helênica. Essa condição se dá através da erudição e instrução do romano nas *belas artes* (a poesia, a retórica, a filosofia), às quais formavam o homem não enquanto espécie, mas em sua humanidade. A essa humanidade estava atrelado o valor do homem e, portanto, era essa a *humanitas* que elevava e enobrecia a *virtus* romana. Dessa maneira, a *humanitas* do cidadão romano emerge do “encontro da romanidade com a cultura helênica” (p. 350). Contrapondo-se ao *homo humanitas* está o *homo bárbarus*, ou seja, todo homem não romano. Isso situa o termo *civilizado* à condição de *humanitas* do homem romano. Aos poucos, a *humanitas* difunde-se em todos os territórios que pertenciam ao Império, ‘romanizando’ os povos conquistados e estendendo sua influência à Europa circunvizinha ao império. Tal fato permitiu a ‘helenização’ desses lugares de maneira indireta, ou seja, através da cultura romana. O bárbaro da Grécia helênica era o não-cidadão. O bárbaro que confrontava o *homo humanus* da *romanitas* fazia parte dos povos conquistados que viviam no território romano e, indiretamente, os que estavam fora das fronteiras desse Império.

Heidegger faz alusão ao retorno da humanidade cujo modelo de *humanitas* é diretamente a *romanitas* e, indiretamente, a *Paidéia* (ou cultura grega), localizando essa humanidade na *renascença italiana*, dos séculos XIV e XV. A maneira como esse retorno se operou, de acordo com Heidegger, deveu-se à convivência e disseminação de práticas de valorização do homem enquanto cidadão, que aprende e ensina uma forma que o caracteriza como *clássico*. Na Renascença Carolíngia, que antecede a renascença italiana, a cultura clássica romana é influenciada pelo teocentrismo medieval no qual a Igreja influenciava toda a produção cultural e todos os indivíduos, criando a cultura Românica (séc. XI e XII). Na renascença de que Heidegger fala, o inumano ou bárbaro não são os povos fora da cultura grega ou romana e, sim, os fora da Escolástica Gótica da Idade Média (séc. XII até o final da Idade Média).

A escolástica, assim denominada por ser a filosofia ensinada nas escolas pelos escolásticos ou mestres medievais, foi a forma de ensino representado pelas ‘artes liberais’ que consistiam no trívio e no quadrívio, ou seja: gramática, retórica e dialética, como integrantes do trívio; aritmética, geometria, astronomia e música, pertencentes ao quadrívio. O domínio temporal da escolástica vai dos séculos IX ao final da Idade Média, prosseguindo até o século XVII. Foi inventada para pensar a relação entre fé e razão e,

portanto, para elaborar e dar sustento ao pensamento da Igreja Católica. A instituição da escolástica foi implementada por Carlos Magno, no século IX, com a intenção de dar unidade religiosa e ‘moral’ ao seu reino acrescido de povos ‘bárbaros’ e, portanto, ‘não-civilizados’. A preferência pelo clero, para a implementação do seu projeto, parece óbvia: sua cultura e imagem de mestres do povo. Além disso, o clero possuía um pensamento uniforme o que facilitaria a disseminação de um ‘pensamento único’ para caracterizar o Império Carolíngio. Outra vantagem era a existência prévia de mosteiros e escolas monásticas onde tal ensino poderia ser realizado. Para a elaboração e execução de um plano que unisse todos esses aspectos, era necessário alguém proeminente e que tivesse atributos que garantisse sua consecução. Vem, então, da Inglaterra, considerada o berço da cultura da época, um eclesiástico de nome Alcuíno. Junto ao palácio de Carlos Magno, Alcuíno dirigiu a escola palatina (ligada ao palácio), que inspirou a criação de outras escolas junto a palácios de outros reinos. As escolas palatinas eram freqüentadas pelo próprio imperador e por outros membros masculinos da nobreza, mas, basicamente, por eclesiásticos. Junto a esse sistema de ensino de eclesiásticos para eclesiásticos, havia uma educação militar ministrada por militares aos cavaleiros, em que a Igreja também imprimiu uma orientação católica. Pertenciam a essas forças, militares integrantes dos povos bárbaros, já sob o domínio do Imperador e da própria Igreja, os quais, enquanto cristãos convertidos puseram-se a serviço da fé contra os infiéis nas Cruzadas. Dessa maneira, técnicas disciplinares educaram os bárbaros, tornando-os cristãos que lutaram pela Igreja e pelo Imperador e, portanto, não bárbaros.

A escolástica foi, então, sustentada pelos teólogos medievais que, através dela, imprimiram a visão cristã da época, a partir de pensadores como São Tomaz de Aquino, que traduziu Aristóteles. Pode-se dizer que ser ‘humano’, naquela época, era ter fé em Deus para alcançar, através desta fé, a perfeição da alma. Ser bárbaro era não professar tal fé. Assim, a ‘humanidade’ do homem se manifestava na possibilidade de integrar-se à ‘perfeição’ de Deus, através da elevação da alma e da submissão do corpo.

Durante o século XVI, a Renascença tem como manifestação característica do humanismo a retomada do pensamento da Grécia Clássica, sobretudo o de Platão, em seu amor à beleza e às artes. Daí, que seu humanismo gera a possibilidade de um mundo terreno a conquistar, dominar e gozar. Nesse mundo renascentista estava contido o próprio homem que era, então, divinizado. O humanismo voltava-se para o homem e não para Deus, nem para a fé. Melhor dizendo, a fé era dirigida ao homem. A renascença tem no homem sua celebração e a possibilidade de domínio da natureza. O movimento humanista

nascido nesta época valorizava a ‘educação virtuosa’ para que o homem fosse formado naquilo que é belo, pois “a beleza está mais perto de Deus” (GRANDINETI, 2002, p. 2) e, para encontrar esta beleza era necessário buscá-la na natureza, muitas vezes escondida entre os acidentes naturais que têm, no homem, a possibilidade de torná-la visível ou criá-la. Uma beleza que representava, através da arte, o conhecimento que se tinha dos fenômenos naturais. Ao exigir que o artista conhecesse amplamente tais fenômenos, a arte torna-se ciência. Um conhecimento que tanto Vesálius (1514-1565), anatomista, quanto Michelangelo (1475-1564), escultor, ou Ambróise de Paré (1509-1590) produziam ao tomar o corpo humano como o lugar da ‘verdade’, que devia e podia ser esquadrihada e descrita através de suas obras.

Havia, portanto, uma necessidade de modificar a Igreja medieval herdada e isto se evidenciou no movimento ‘Irmãos da Vida em Comum’, do qual Erasmo de Rotterdam (1465-1536) faz parte. Esse movimento buscava respostas junto à Igreja oficial e praticava a “humildade, a obediência, a paciência, a sensibilidade, a pobreza de Cristo, a oração e a leitura da bíblia em latim” (GRANDINETI, 2002, p. 3).

Erasmo de Rotterdam é considerado um dos muitos autores humanistas. Numa de suas obras mais conhecidas, O Elogio à Loucura (ROTTERDAM, 2001), escrito em 1509, descreve sentimentos humanos como os de dissimulação, de ridículo, da falta de juízo e de confusão, de alegria e loucura, em detrimento da prudência e da razão. A valorização dos atributos que fogem à racionalidade medieval e que acolhe uma multiplicidade de ‘irracionalidades’, permite uma variedade de combinações que contribuem para a singularidade do humano.

Os longos e fortes tentáculos da fé e da Igreja não puderam impedir a emergência de elementos de um humanismo descentrado da fé e centrado no homem, um humanismo que se evidenciaria na ciência de Galileu Galilei e de Copérnico, na ciência e arte de Leonardo da Vinci, nas esculturas e pinturas de figuras humanas de Michelangelo ou na política de Nicolau Maquiavel. A Renascença foi o momento histórico em que, professando ou não a fé católica, as práticas do homem centravam-se em si mesmo e não em Deus. Tal equivalência Deus-Homem fez com que, no humanismo renascentista, fosse possível um saber do homem para o homem cujo sentido era a “apropriação, o domínio e a administração do mundo” (p. 2) terreno, com uma visível intenção de humanizá-lo, ou seja, de tornar esse mundo possível de ser vivido sem os dogmas da inquisição. A forma identitária de ser humanista realizava-se no encontro de semelhanças, “na racionalidade, no pacifismo, na filantropia, no ecumenismo” (p. 3), que ao mesmo tempo dignificava e

valorizava convenientemente a imagem do humano, dizendo quem ele era e quem ele devia ser, determinando, assim, a fonte e o objetivo de todo o valor: o homem ‘humanizado’. O homem vai ter que ser educado para se ‘humanizar’. A ruptura entre o mundo medieval e o moderno se fez por um processo em que o homem substituiu Deus em nome de sua própria conservação (PROA⁴⁰, 2001). Enquanto o homem era a medida de todas as coisas (*apud* PLATÃO, 2004) o humanismo era visto como “vontade de humanização” (p. 3), ou seja, vontade de sujeição do homem a serviço do humano.

Comenius (1592 - 1670) em sua *Didática Magna* (COMENIUS) descreve a educação como a única possibilidade de produzir o homem, quando “convém formar o homem, se ele deve ser homem”. Ao enfatizar que “ninguém é tão feroz que não possa ser amansado” Comenius refere-se à pessoa que, quando não exposta às regras educacionais, permanece ‘selvagem’, sendo, porém, passível de ser transformada, ou seja, educada, civilizada, através de processo educacional. Apontando a educação e a disciplina como condições indispensáveis para a humanização do homem e percebendo-o como “um animal extremamente manso e divino [quando] amansado com a verdadeira disciplina”, Comenius conclui que se o homem “não teve nenhuma [educação], ou se ela foi errada, ele é o mais feroz animal que a Terra produz”.

Ao longo de sua vida, Comenius trabalhou para que a educação fosse estendida a todos, no que chamou de pansofia, isto é, educar aos “estúpidos”, “inteligentes”, “de espírito ágil”, aos “ricos” e “pobres, aos que terão de dominar e aos que serão súditos”, pois, todos “carregam o germe da Ciência, da Virtude e da Piedade”. A pansofia é, então, uma forma de educação e disciplina não palaciana e não dirigida somente aos ricos e eclesiásticos, de maneira que os “monstros humanos” recebam o que lhes falta para que se instituem como humanos: “a educabilidade”. Assim, a humanização, para Comenius, pressupõe uma educação universal, permanecendo selvagem [ou bárbaro] aquele que não foi educado, ou seja, o que não foi educado na cultura da renascença humanista. Comenius pensa a humanidade do homem como um ato de fé no próprio homem, em nome de Deus. Educando, isto é, fazendo ‘germinar’ a Ciência, a Virtude e a Piedade, o homem se torna a imagem e semelhança de Deus, o que faz supor não existir “tanta falta de aptidão que não possa ser diminuída com a cultura” que torna esse homem ‘humanizado’. Mais: Comenius distribui os estudos por “anos, meses, dias e horas para que a juventude [pudesse] ser

⁴⁰ As citações de Proa (2001) são transcritas a partir de minha tradução do texto em espanhol.

instruída [em escolas] em tudo que diz respeito à vida [...], com economia de tempo e de fadiga, com agrado e solidez” (COMENIUS).

O homem, então, passa a ser inventado como objeto de seu saber e deixa de ser pensado como natureza submetida aos desígnios divinos. É aí que a natureza, enquanto partes que o compõem, tal como seus músculos, ossos, vísceras e o ambiente que o circunda passa a ser produzida como objeto de seu pensar, a se constituir como objeto de conhecimento sobre si e para si.

Na segunda metade do século XX, o tema do humanismo ocupou o pensamento de filósofos como Sartre, Heidegger, Mounier, Merleau-Ponty, Foucault e Deleuze, entre outros. Na perspectiva de Foucault (2000b, p. 346), o humanismo “é um conjunto de temas [...] permanentemente ligados a julgamentos de valor [que] tiveram evidentemente sempre muitas variações em seu conteúdo, assim como nos valores que eles mantiveram” (p. 346). Mais, diz Foucault, “serviram de princípio crítico de diferenciação: houve um humanismo que se apresentava como crítica ao cristianismo ou à religião em geral; houve um humanismo cristão em oposição a um humanismo ascético e muito mais teocêntrico [no séc. XVII] (p. 346)”. No século XIX, segundo o autor, “houve um humanismo desconfiado, hostil e crítico em relação à ciência; e um outro que colocava (ao contrário) sua esperança nessa mesma ciência” (p. 346). Assim, chega-se ao século XX, sustentando que o “marxismo foi um humanismo, o existencialismo e o personalismo também o foram” (p. 346). Houve um tempo em que se chegou a se sustentar “os valores humanistas representados pelo nacional-socialismo, e no qual os próprios stalinistas se diziam humanistas” (p. 346). Por tudo isso, conclui Foucault, “a temática humanista é em si mesma muito maleável, muito diversa, muito inconsistente para servir de eixo à reflexão” (p. 346). Acrescentando que, “ao menos desde o século XVII, o que se chama de humanismo foi sempre obrigado a se apoiar em certas concepções de homem que são tomadas emprestadas da religião, das ciências, da política” (p. 346). E, nesse sentido, “o humanismo serve para colorir e justificar as concepções do homem às quais ele foi certamente obrigado a recorrer” (p. 346).

Já Heidegger (1973) sob a perspectiva metafísica, pensa o humanismo como algo descolado do humano, localizando este humano num espaço que coincide com o início, o centro e a finalidade do ser, que ele define como sendo a linguagem, também designada a ‘casa do ser’, ou ainda, ‘a casa da verdade do ser’. Proa (2001) explicita esse conceito de Heidegger, ao afirmar que “através da linguagem o homem é o que é, quer dizer, o que

diz” (PROA, 2001, p. 7). Nessa perspectiva, pode-se, então, descrever e ler o humanismo fora do humano, mais precisamente na linguagem.

Retomando a perspectiva heideggeriana, Proa diz que pode se ver o humano não como um ser inacabado (que a educação completaria, humanizando-o), mas, como uma obra que repousa “numa abertura que nunca cicatriza⁴¹” (p. 5) e, portanto, nunca se fecha. E acrescenta: “ao fundo do humano não chega nem a teologia nem a ciência, porque o humano é exatamente a ausência de fundo”. É, então, pela linguagem que o homem mostra sua humanidade, ou seja, seu saber-fazer, sua técnica e sua razão. É na linguagem que o humano pode tornar sua humanidade visível. Mas, a humanidade propriamente dita no dizer de Deleuze (2000), é essa “qualidade oculta chamada humanidade, [que permanece] inacessível e indefinível para nós” (p. 94).

Colocado fora do ser, o humanismo vem perdendo, segundo Proa (2001), muito de “seu habitual candor e seu fulgor de santidade” (p. 3). E é visto como “pressuposto e condição de toda desumanização” à medida que parte de uma igualdade e uma racionalidade genérica. Nessa perspectiva crítica, a invenção moderna de uma “imagem conveniente” (p. 3) e desejada do humano, com características próprias e universais, deve-se a um humanismo que diz o que deve ser o homem, e que, ao tomá-lo como fonte e meta do valor, da dignidade e da liberdade, parte da pressuposição de que todos os homens nascem humanizados, independente dos processos de vida nos quais são subjetivados.

2. 1 Aprisionando o corpo à vida

A maneira pela qual a humanidade se torna visível no corpo através das práticas nele realizadas revela os efeitos dessa humanização sobre o próprio corpo (cuidado de si) e sobre a sociedade (cuidado dos outros). Ao serem constituídas como humanizadas e, portanto, boas, tais práticas ‘dignificam’ a humanidade do homem. Porém, quando tais práticas, ou a ausência delas, são consideradas des-cuidados, por se voltarem contra o homem, são consideradas danosas e, portanto, bárbaras, criando-se “o mito da classe bárbara, imoral e fora da lei [que] está continuamente nos discursos dos legisladores, dos filantropos, ou dos pesquisadores da vida” (FOUCAULT, 1999c, p. 229), servindo de suporte ao grande medo que se tem de uma categoria que se acredita indisciplinada. As práticas não têm valor em si; só adquirirão a qualificação de dignificantes e, portanto,

⁴¹ O que lembra a citação que Deleuze (2000, p. 109) faz do poeta Paul Valery: “o mais profundo é a pele”.

humanas, ou danosas e, por isso, bárbaras, quando tomadas em seus propósitos e constituídas de uma determinada *humanitas*.

Após o século XVIII, começou impor-se o pensamento de que a morte é o destino da vida, “pois é na morte que a vida toma seu sentido e [...] transforma a vida em destino” (p. 227); a morte diz, então, sobre o modo de vida do homem como que num aprisionamento do corpo à vida. É a partir dessa concepção de morte como um único acontecimento, que emerge outra concepção: a de morte múltipla que se reparte no tempo e no corpo em vários lugares “até que a vida orgânica cesse” (FOUCAULT, 1998, p. 163). Esse pensamento define a morte como a base do conhecimento da vida e da doença, não sendo um episódio único, mas uma série de processos ou mecanismos, múltiplos no espaço, dispersos no tempo, que não se identificam nem com os processos e mecanismos da vida nem com os da doença e que vem esclarecer os fenômenos orgânicos e suas perturbações.

Foucault chama a atenção sobre a chamada filosofia humanista e afirma que ela está incluída em qualquer filosofia que indica a morte como o sentido da vida, a sexualidade como finalidade do amor e da proliferação e que acredita na “história como continuidade da consciência” (FOUCAULT, 2000b, p. 228). O pensamento pós-estruturalista pensa uma vida feita de pequenas mortes, e na morte como uma ameaça à vida e torna inviáveis pensamentos que consideram a história como continuidade, e o pensamento, como prática constituída e acabada.

A ‘humanização do parto’⁴² se encarrega de garantir uma organização da sociedade para o parto; age no humano não como um poder institucional, mas o torna soberano e com

⁴² Dentre as compilações sobre os sentidos da ‘humanização no parto’, Diniz (2003) trás uma perspectiva feminista, afirmando que o termo humanização é provocativo e importante. Ao invés de propor um sentido correto para humanização, prefere coloca-la para a escuta das suas várias perspectivas. Para muitas (os), humanização se refere à legitimidade da reivindicação dos direitos das mulheres: direito à integridade corporal, direito à condição de pessoa, direito à informação, direito à escolha, direito ao acesso, direito à equidade etc. Para outras (os), humanizar é sinônimo de medicina baseada na evidência. Para algumas (alguns), humanizar é o resultado promovido pela tecnologia adequada. Para outras (os) ainda, humanizar é se ater à polêmica entre os papéis dos diversos atores na cena do parto (enfermeira (o), médica (o), acompanhantes etc.). E, muito frequentemente, sobretudo para as (os) médicas (os), humanização é entendida como sinônimo de acesso à peridural no sistema público de saúde. Muito frequentemente, nos documentos oficiais, se vê o termo "a legitimidade financeira da proposta", porque a humanização é uma proposta que economiza recursos financeiros para os cofres públicos, permitindo um maior acesso. Por isso, inclusive, a humanização é associada à idéia de medicina para pobre e não à idéia de tecnologia adequada. Muitas (os) profissionais aprenderam a equivaler qualidade na assistência com quantidade de procedimentos: boa aceleração do parto, para o parto ser rápido; uma grande episiotomia para o bebê não sofrer; um fórceps de alívio etc. O fato é que quanto mais intervenção se oferece, melhor o provedor se avalia. Entretanto, pelo menos duas décadas de revisão sistemática de estudos vêm mostrar que muitos procedimentos considerados bons foram desmentidos pelas evidências, como é o caso da episiotomia.

poderes constituídos; faz com que quanto mais este humano renunciar ao exercício do poder e mais submetido estiver ao que se lhe impõe, mais soberano será. Para Foucault (1992), o humanismo “é tudo aquilo com o que se suprime o desejo de poder, com que se proíbe querer o poder e com o que se exclui a possibilidade de tomá-lo” (p. 36). Um humanismo que inventou soberanias como

[...] a alma (soberana sobre o corpo, submetida a Deus), a consciência (soberana na ordem do juízo, submetida à ordem da verdade), a liberdade fundamental (soberana da interioridade consciente e de acordo com a exterioridade), o indivíduo (soberano titular de seus direitos, submetido às leis da natureza ou às regras da sociedade)⁴³ (p. 36).

Humano, humanização e humanizado parecem, então, guardar a idéia de Heidegger (1973) de que ‘o ser não está no homem, mas no que está fora dele’. Assim, o humanismo, mesmo pertencendo à categoria do *humano* e, portanto, ‘pertencente ou relativo ao homem’, não está no homem, mas lhe é exterior. Por outro lado, parece conservar o que diz Jaeger (c1936) sobre a Paidéia ao significar humanismo como a educação do homem de acordo com a ‘verdadeira’ forma humana, ou seja, uma modelagem dos indivíduos pela norma da comunidade.

Assim, se por um lado, o homem, cujo humanismo está fora dele, “sofre um processo de humanização” para ser *humanizado*, por outro lado, este processo, segundo Jaeger (p. 13), é “a educação do homem de acordo com sua verdadeira forma humana, com seu autêntico ser” (p. 13). Ou: sem essa formação, o homem é desumano, não humanizado e, portanto, incapaz de ser bondoso, humanitário, virtuoso.

Muito desses significados usuais está presente naquilo que se pensa sobre ‘*humanização do parto*’, ou seja, uma pretensão de tornar o parto um ato humanitário, relativo ou pertencente ao ser humano. Um processo que passa pela educação e pelo disciplinamento de corpos: do corpo da mulher, do corpo profissional e do corpo de regras que fazem do parto e nascimento um ato humanizado. Daí, o pressuposto de que, historicamente, o parto não foi ou não tem sido um ato humano e, por conseguinte, um ato que não envolve, ou não envolvia, a bondade e o humanitarismo. Portanto, aí está localizada a necessidade de humanizá-lo, torná-lo finalmente humano, próprio do homem. Porém, como são produzidas a bondade e o humanitarismo dos humanos que prestam atendimento ao parto? E como são produzidas a humanidade e bondade dos humanos que recebem tal atendimento humanizado? Como é produzida a humanização dos ‘humanos para humanos’ na situação do parto no programa referido? Diante de tais questões, meu

⁴³ Tradução livre do texto em espanhol.

pressuposto é de que a humanização enquanto “poder disciplinar” (FOUCAULT, 1999c, p. 143) não se apropria nem retira, mas educa “para retirar e se apropriar ainda mais e melhor [dos indivíduos enquanto] objetos e instrumentos de seu exercício” (p. 143).

A compreensão da “humanidade” era a de um sujeito universal, cujo modelo a racionalidade científica havia capturado da natureza; um sujeito infinitamente bom cujas qualidades estavam dadas. Uma natureza que se estendeu por toda a época clássica, “como espaço homogêneo das identidades e das diferenças ordenáveis” (FOUCAULT, 2000c, p. 370) entre as palavras e as coisas e onde a caracterização do ser natural é traduzida pela organização de suas relações interiores e não mais por aquilo que pode ser analisado a partir das representações feitas sobre os seres. É sob esses signos que a vida, no começo do século XIX, passou a ser entendida não mais como “o que se pode distinguir, de maneira mais ou menos certa, do mecânico, mas é aquilo em que se fundam todas as distinções possíveis entre os seres vivos” (p. 370), evidenciando suas descontinuidades.

Tais descontinuidades são aparentes através de suas descrições. Assim, ao serem analisados a partir de suas diferenças e relações, os seres vivos passam a ser classificados de diversas maneiras. No caso dos seres humanos, sua classificação como espécie “mamífera” deveu-se, principalmente, ao privilégio concedido às mamas humanas como órgão supridor de alimento numa época em que a fome dizimava populações e a criação dos filhos era delegada a outras figuras que não a mãe biológica. Isso se constituía em dificuldades para manter a população de crianças vivas. Por isso, produziram-se práticas como o aleitamento materno e o estímulo ao ‘amor materno’. Essas produziram disciplinamentos que, concomitantemente, tornaram possível o aumento da população, a diminuição das mortes de crianças e um menor número de nascimentos de cada mulher, pois, uma vez nascidas, essas crianças recebiam maior atenção de suas mães. Daí que, ao atribuir a morte de uma criança à ‘falta de cuidado da mãe’ criou-se a figura da mãe que é “causa da morte de seus filhos, pela sua negligência” (BADINTER, 1985, p. 89; FOUCAULT, 1999a), ou ainda, mães com características próprias do humano e mães desumanas. A invenção de modos de governo dos infantis, a partir do século XVI dá-se como uma estratégia de governo que preserva as crianças de práticas, como a “dos hospícios de menores abandonados, a criação dos filhos por amas-de-leite, a da educação ‘artificial’ das crianças ricas” (DONZELOT, 1986, p. 15). Tal invenção governamental foi efeito da necessidade de, principalmente, impedir a morte das crianças e, por isso, governar as crianças enquanto população específica constituiu-se, de certa forma, uma tomada de poder sobre essas, para que se pudesse fazê-las viver. Assegurar essas vidas significou

substituir, a partir do século XVI, “os métodos drásticos de intimidação por intervenções doces e individualizadoras [que funcionavam] como um método disciplinar que possibilitava o controle minucioso do corpo, assegurava um submetimento constante de suas forças e [impunha] uma relação de docilidade” (DORNELLES, 2002, p. 36). Ao constituir uma população envolvida no parto, o governo cria maquinarias para controlá-la, apaziguá-la, esquadrinhá-la, confiná-la e produzi-la enquanto uma população específica que precisa viver de um determinado modo, para que seus filhos possam ser controlados, apaziguados e esquadrinhados na população inventada para reproduzi-los como sujeitos de uma determinada sociedade.

2. 2 O parto como doença e risco

Ao tratar o parto como um tema relacionado à doença e ao risco cabe o uso da palavra ‘polícia’ no sentido de vigiar e controlar aquilo que coloca a vida em perigo e precisa do olhar que vigia e controla. Termo que se associa ao pensamento de Hölderlin quando diz que “onde está o perigo, ali mesmo cresce também o que salva” (Patmós). Assim, as práticas de policiamento, vigilância e controle, trazem consigo a possibilidade de ‘salvar’ ou melhorar as condições de parto e de vida das populações. A manutenção da saúde e a diminuição do risco no parto ocorrem, conforme descrição no manual técnico sobre ‘Gestação de alto risco’ (BRASIL, 2000b) em um “pequeno número delas [...], quando esse risco está muito aumentado” (p. 13). Gravidez de alto risco é definida, nesse manual, como "aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada" (p. 13). Há, também, o entendimento de que risco de vida materna é “toda situação clínica que ocorre durante o período gestacional, quer por doença própria da gestação ou doença preexistente que coloca em risco a vida da gestante e inviabiliza a continuação da gravidez” (p.151). Nessas situações o manual indica a interrupção da gravidez para “preservar a vida da mulher” (p. 151), entretanto, deixa claro que o risco envolve a saúde da mãe e/ou feto e/ou recém-nascido. E, em todas as situações, os indivíduos considerados ‘em alto risco’ são destacados como indivíduos que necessitam orientação especializada, investigação e controle ou autocontrole.

A OMS (1996) afirma que a avaliação de risco para o parto é um procedimento continuado durante a gestação e o parto. Portanto, para incluir um parto num nível de maior ou menor risco é necessário que a avaliação seja realizada continuamente durante o

ciclo gravídico-puerperal. Assim, ao ser detectado o risco, podem ser tomadas medidas que eliminem ou previnam danos a ele relacionados. A responsabilidade pela detecção do risco, nessa situação, é compartilhada com a gestante e tende ao deslocamento para a gestante uma vez que o aspecto central da governabilidade nas sociedades neoliberais é a figura idealizada do cidadão autônomo e capaz de exercer controle pessoal. Dessa maneira as gestantes são produzidas para buscar voluntariamente “maximizar suas oportunidades de vida e minimizar os riscos a que estão expostas. Policiam seus próprios comportamentos e irão necessitar orientação ou aconselhamento especializado no caso de participarem de atividades que satisfaçam seus interesses específicos” (LUPTOM, 1999).

O foco da assistência ao Parto preconizado pela OMS (1996) “é o grande número de gestações de baixo risco” (p. 3). No mesmo documento, especialistas consideram conveniente especificar as desvantagens da noção mundialmente difundida de que “só é possível dizer que um parto é normal retrospectivamente” (p. 2), pois isso leva a assistência ao ‘parto normal’ aos patamares da assistência ao parto complicado. As desvantagens citadas para se referir todo o parto como ‘de risco’ relacionam-se com o

[...] potencial para transformar um evento fisiológico normal num procedimento médico; a interferência com a liberdade da mulher de viver a experiência do nascimento de seus filhos à sua própria maneira, no local de sua escolha; a indução de intervenções desnecessárias; e, devido à necessidade de economias de escala, sua aplicação requer uma concentração de grande número de parturientes em hospitais tecnicamente bem equipados, com os custos decorrentes (p. 2),

pois o grande número de gestações é de baixo risco, com partos de baixo risco. Entretanto, a norma coloca todo e qualquer tipo de parto no nível de ‘risco’. Assim, mãe e recém-nascido são classificados, atualmente, como populações de risco e, como tal, devem ser atendidos por profissionais de saúde denominados, também, de ‘prestador de serviços de parto’⁴⁴ cujas atribuições são:

Dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto; observar a parturiente; monitorar o estado fetal e posteriormente o do recém-nascido; avaliar os fatores de risco; detectar os problemas precocemente; realizar intervenções, como amniotomia e episiotomia, se necessário; prestar os cuidados ao recém-nascido após o nascimento; encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem (p. 4).

⁴⁴ Prestador de serviços de parto (OMS, 1996, p. 5) é reconhecido pela OMS como a pessoa que, através de suas práticas tem uma resolutividade em sua assistência, comparável a estatísticas onde o atendimento é considerado de boa qualidade; avalia fatores de risco, reconhece o início de complicações e monitora o estado do feto e recém-nascido entre outras habilidades. A promoção de treinamento e capacitação de profissionais nos diversos níveis de resolutividade leva em consideração tal descrição.

Isso implica a presença da figura do especialista, educado para operar práticas que ele mesmo, enquanto especialista, descreveu. Todavia, há práticas não-descritas no manual de ‘humanização do parto’ que têm se constituído ‘problema’, por exemplo, o parto domiciliar. O governo brasileiro, ao utilizar como metodologia as ‘evidências científicas’ ‘isenta-se’ de responsabilidade quando se trata do parto domiciliar e não o menciona em sua descrição de prática humanizada.

Ao mostrar que mais de 90% dos partos ocorrem no ambiente hospitalar, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b) identifica o hospital como o local no qual é possível ocorrer um parto com o mínimo risco. Além disso, localiza a maior parte desses atendimentos em instituições hospitalares de grande porte e com capacidade para procedimentos mais complexos, gerando a superlotação dessas unidades. Essa superlotação é referida como fator que ocasiona demora na assistência obstétrica e a conseguinte ‘peregrinação’ das gestantes por outras unidades obstétricas em busca de vaga, “além de muita falta de consideração e delicadeza nas horas anteriores ao parto, durante seu transcorrer e logo depois dele” (SERRA, 2002, p. 162). Dando prosseguimento, o então Ministro José Serra atribui aos “profissionais e às autoridades de saúde locais, estaduais e federais” (p. 162) a responsabilidade da falta de acesso, as complicações maternas e neonatais daí decorrentes, “além de aumento desnecessário de custos para tratamento das complicações” (p. 21). A partir dessas afirmativas, o Ministério da Saúde atribui ao gestor municipal e estadual da saúde a tarefa de “conhecer a relação entre a oferta e a demanda por leitos obstétricos e de planejar o sistema de atendimento desde o pré-natal até o parto, de baixo e alto risco” (p. 21). Essas circunstâncias mostram que a ida à maternidade faz parte do ritual do parto e que o hospital é o lugar de escolha disponível.

A urbanização, que leva a mulher às maternidades, impõe a criação de regras que padronizam condutas sem relacioná-las ao grau de risco diagnosticado no pré-natal, justificando-se apenas pelo fator ‘risco’. Tais regras produzem a imposição de práticas rotineiras e implicam aumento de custos relacionados ao tempo necessário para treinamento de pessoal e aquisição de “equipamentos exigidos por muitos dos métodos utilizados” (p. 2), entre outros. Assim, ao produzir o conceito de risco, um lugar e equipamentos, pessoal treinado para o atendimento do risco, o governo produz, também, a preocupação da mulher em procurar e conseguir assistência que contemple o número de intervenções que ela deverá receber para que o parto ocorra ‘sem riscos’. Ao considerar que o parto está sempre associado a algum risco, existem, ainda, dificuldades da instituição

em situar suas práticas como de ‘baixo risco’ ou de ‘alto risco’. Porém, o valor ‘alto risco’ relacionado ao parto, definido no manual do Ministério da Saúde e presente na tabela de preços do atendimento pago pelo SUS, não é pago como tal em todos os estados do Brasil e nem em todas as cidades de um mesmo Estado. Isso fez com que todas as Autorizações de Internações Hospitalares- AIHs - que apresentaram esta justificativa fossem glosadas no Rio Grande do Sul até o final de 2003.

Entre os Estados que não foram contemplados⁴⁵ com repasse de verba federal para pagamento às instituições pelo atendimento às gestantes de alto risco está o Rio Grande do Sul. A Resolução 226/2003 ressalta que o incentivo financeiro para serviços de referência para atendimento à gestante de alto risco não foi implementada no Rio Grande do Sul por falta de teto financeiro federal para sua cobertura, até a data dessa resolução, e que, através da CIB/RS “continuará gerenciando junto ao Ministério da Saúde recursos federais para cobertura desse encargo”. Mas, considerando-se “que a redução da mortalidade infantil e a necessidade de atendimento qualificado às gestantes são prioridades deste Governo [do Estado do Rio Grande do Sul, é aprovada] a criação de Incentivo Financeiro, com recursos estaduais para os Hospitais de referência em atendimento à Gestante de Alto Risco” (SAÚDE/RS, 2003). A concessão de tais verbas dá-se em efeito à Portaria nº. 1.708/GM, de 1º de setembro de 2003 (BRASIL, 2003), que concede reajuste, em caráter emergencial, de acordo com a disponibilidade orçamentária, aos procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar de maior frequência; da Portaria nº. 572/GM, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2001c), que institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento adequando a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS aos procedimentos relacionados ao parto, não contemplados na Portaria nº. 1.708/GM, de 1º de setembro de 2003.

Para que as instituições recebam pagamento diferenciado pelo atendimento ao ‘alto risco’ foi necessário colocar em atividade as Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB SUS. Até hoje, foram publicadas quatro NOB-SUS: 01/1991, 01/1992, 01/1993 e 01/1996. A NOB SUS de 1996 estabelece os instrumentos para o repasse dos recursos federais do SUS e as condições de gestão estaduais e municipais que possibilitam esse repasse. As NOB – SUS são adotadas na política de saúde como instrumentos jurídico-institucionais e

⁴⁵ Estados que receberam verba federal para remunerar diferenciadamente procedimentos hospitalares ao parto de risco: Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins.

têm por objetivo “aprofundar e reorientar a implementação do SUS nos vários níveis do sistema; definir novos objetivos estratégicos, diretrizes e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores (federal, estadual e municipal); normatizar e operacionalizar o SUS” (BRASIL, 1996a).

O fórum, onde as normas são discutidas e onde se estabelece a instância de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, são as Comissões Intergestores Bipartite (CIP) de cada estado da Federação. No Rio Grande do Sul, assim como em todos os outros estados, a CIB/RS foi criada a partir da NOB – SUS 01/93, constituída paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, a Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde - ASSEDISA. As comissões Intergestores Bipartites assim se denominam por operarem articulações entre cada estado e seus municípios. Existem, também, as Comissões Intergestores Tripartite que privilegiam as negociações entre gestores das três esferas de governo visando ao processo de descentralização no SUS. Em dezembro de 2003, a Comissão Intergestores Bipartite do governo do Estado do Rio Grande do Sul edita a Resolução 226/2003 (SAÚDE/RS, 2003) que define e credencia algumas instituições para o atendimento a gestante de ‘alto risco’. As definições e propostas das comissões são referendadas ou aprovadas pelo Conselho de Saúde de cada estado, que tem poder deliberativo e fiscalizador. A tabela anexa ao programa não relaciona gestante de alto risco à cesariana ou ao parto vaginal, denominado ‘normal’ no documento.

São inúmeras as possibilidades combinatórias de fatores que produzem a gestação de alto risco. Descrita como grande responsável pela produção dos riscos da gestação “a ausência de controle pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido” (BRASIL, 2000b, p. 12).

O Ministério da Saúde classifica os riscos em materno, fetal e neonatal. O risco fetal é “avaliado a partir das condições maternas e da pesquisa de vitalidade e crescimento fetal. O risco neonatal depende do peso e da maturidade no momento do parto, das condições fetais e dos recursos disponíveis para a atenção ao recém-nascido” (p. 145). Já, o risco materno é “avaliado a partir das probabilidades de repercussões irreversíveis que o organismo da mulher possa ter em consequência das condições identificadas” (p. 145). Todos estão associados a fatores de risco na gravidez e enumerados em quatro grandes grupos, conforme segue:

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis: Idade menor que 15 e maior que 35 anos; Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; Situação conjugal insegura; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis; Altura menor que 1,45 m; Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas. 2. História reprodutiva anterior: Morte perinatal explicada e inexplicada; Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; Abortamento habitual; Esterilidade/infertilidade; Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos; Nuliparidade e Multiparidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Cirurgia uterina anterior. 3. Doença obstétrica na gravidez atual; Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; Ganho ponderal inadequado; Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; Diabetes gestacional; Amniorrexe prematura; Hemorragias da gestação; Aloimunização; Óbito fetal. 4. Intercorrências clínicas; Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias; Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas; Doenças auto-imunes; Ginecopatias (BRASIL, 2000b).

Tais condições instituem-se como instrumentos que permitem identificar as gestantes e as gestações de risco, mapeando os riscos a que estão expostas e servem para orientar os encaminhamentos adequados a cada etapa da gravidez. Essa tarefa é descrita como ‘não fácil’, pois, precisa associar as probabilidades de um risco causar um dano e evidenciá-la. Os sistemas de avaliação, elaborados a partir da observação e experiência dos seus autores ou aqueles que pontuam os fatores de risco não têm sido considerados fidedignos, pois, partem da subjetividade dos indivíduos que os criam e aplicam, desconsiderando as diferenças de indivíduos e populações. O Ministério da Saúde recomenda, então, que seja considerada a “realidade epidemiológica local” (p. 27) para que a relevância dos fatores mencionados no quadro sobre fatores de risco na gravidez seja determinada.

Assim, risco e gestação são descritos sempre juntos. Entretanto, nem toda a gestação está associada a uma doença. Isso faz o governo afirmar que a gestação “acontece num corpo de mulher inserido em relações de gênero pautadas pela desigualdade, onde a mulher ocupa, em geral, um lugar de menor valor social e conseqüentemente menor poder de decisão” (BRASIL, 2000d, p. 26). O ‘menor poder de decisão’, associado a fatores econômicos e à “condição de subalternidade das mulheres” (p. 26) restringe suas possibilidades de escolha já limitadas nas instituições e interferem “no processo de saúde e doença [configurando] um padrão de adoecimento e morte específicos” (p. 26). Dito dessa forma, toda a gravidez, por ocorrer num corpo inscrito no gênero feminino e confere a essa condição, o risco, não podendo ser vista como algo estritamente biológico.

A articulação desses fatores com o maior risco pressupõe aumento de recursos financeiros disponíveis, seja por parte do governo ou da população. Para se antecipar ao

risco, o governo dirige-se, prioritariamente, à população que se utiliza do SUS e, portanto, a de menor renda, no programa de ‘humanização do parto’. Com isso, produz saberes, linguagens, verdades e alvos de intervenção, especificando objetivos e disciplinas nos quais esses riscos se constituem como um desvio à norma. A combinação dos fatores “pobreza, a crônica falta de recursos do sistema público de saúde – que atende [predominantemente] os pobres -, a deficiente utilização desses recursos e a falta de prioridades e atenção à saúde da mulher” (SERRA, 2002, p. 161) cabem a estados e municípios, porém, estes, muitas vezes ajudados pelos meios de comunicação, identificam “a origem de todos os problemas em Brasília. Senão, não tem graça” (p.161). Mesmo não ‘achando graça’, Serra (2002) afirma que lamentos e recriminações motivam a ação do governo para a diminuição dos fatores de risco e promoveram, em seu governo, investimentos para o “treinamento de 37 mil profissionais de saúde e a disposição de 10,7 mil leitos obstétricos para a gestante de alto risco de todo o Brasil” (p.162).

A determinação do risco faz com que se capture maior receita das instituições de saúde. O setor público brasileiro rege-se associando as “despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações municipal, estadual e federal, restringindo o gasto ao máximo de 60% da receita para Estados e Municípios e de 50% da receita líquida federal” (BRASIL, 2005b, p. 8), o que limita “a autonomia das instituições públicas na realização de processos seletivos de contratação de pessoal, conforme a necessidade do serviço” (p. 9) ao preconizar a “gestão participativa, entre gestores das diferentes instâncias administrativas da Federação [bipartite e tripartite], e articuladora, entre os poderes executivo, legislativo e judiciário, com ampla participação dos trabalhadores e da sociedade” (p. 9).

Outros recursos implantados entre 1997 e 1999 foram a proibição das cesarianas desnecessárias, o aumento do valor do parto pago pelo SUS e a expansão da atenção básica, via municípios, aumentando em 96% o número de consultas de pré-natal com vistas a detecção prévia de doenças que complicam a gravidez.

2.3 A matemática da ‘humanização do parto’

Organizado, assim, pelo poder instituído como uma das formas de gerir a vida, o parto humanizado vem a ser um objeto de disputa política, em que, de um lado, estão as disciplinas do corpo com seus adestramentos, vigilâncias e exames e, de outro, os cálculos estatísticos e medidas que visam ao corpo social. O parto humanizado passa a ser um dos

eixos que articula o disciplinamento do corpo e a regulação da sociedade, possibilitando o acesso “ao mesmo tempo à vida do corpo e à vida da espécie” (FOUCAULT, 1999b, p. 137); o ‘parto humanizado’ é objeto da obstetrícia e da política e é através de suas práticas e prescrições que fornece o corpo feminino e grávido ao conhecimento da população. O ‘parto humanizado’ torna-se a arena onde a vida e a morte entram em jogo para que a vida não se desperdice.

Daí, a importância da estatística⁴⁶, enquanto ciência do Estado, ao produzir informações sobre as populações: um instrumento de governo para realizar intervenções que conduzam a conduta dessas populações, conforme as necessidades percebidas pelos governos.

A Europa, desde o final de século XVI, dominada pela política mercantilista que consistia, basicamente, em aumentar “a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos” (FOUCAULT, 1999a, p. 82) visava assegurar ao Estado sua força em relação aos outros. Entende-se, então, a importância com que foi impulsionada a estatística para os grandes cálculos relacionados à população que, aos poucos, centrou tais cálculos na melhoria do nível de saúde da população não se tratando, portanto, de mera contabilidade de mortalidade ou natalidade.

São produzidos, assim, diversos indicadores (BRASIL, 2000e) utilizados para que o Estado possa melhor exercer seu poder de governar a vida da população. Através do cálculo que pretende dizer da ‘qualidade de atendimento’ no parto, obtém-se que metade dos partos no mundo não são atendidos por prestadores de serviço qualificados e, em alguns países, esse tipo de atendimento não passa dos 20%. Ao estabelecer esse baixo percentual, o documento desqualifica os cuidados que são dados à vida da mãe e à da criança. Ao recomendar que os serviços de saúde prescindam das barreiras sociais, econômicas e culturais que impedem a mulher de usar esses serviços, enfatizando a necessidade de atuar na ‘raiz destas causas’⁴⁷, no problema da gestação não-desejada e das

⁴⁶ A Organização Mundial da Saúde e o UNICEF classificam os países em cinco grupos quanto às informações sobre mortalidade materna, quais sejam: “A – países desenvolvidos com sistema de registro vital completo e relativamente boa informação sobre causas de morte; B – países em desenvolvimento com bom registro de mortes, porém com informação precária ou não existente sobre causas de morte; C – países com estimativas de mortalidade materna pelo Método Ramos; D - países com estimativas de mortalidade materna pelo Método das Irmãs; E – países sem estimativas de mortalidade materna” (LAURENTI, 2001).

⁴⁷ Não especifica o que considera ‘raízes’ destas barreiras sociais, econômicas e culturais que impedem a mulher de buscar atendimento para o parto e nascimento, nos serviços de saúde.

Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, a OMS (LA INICIATIVA..., 1998) afirma que essas situações não têm recebido atenção política suficiente ou adequada.

No Brasil, o percentual de partos atendido por pessoal capacitado é de 97% e, cerca de 95% são hospitalares (OMS, 1996). Sendo assim, como explicar a matemática brasileira de mortalidade materna, se os partos são hospitalares e atendem ao requisito da qualificação dos prestadores de serviço, considerado decisivo na qualidade da atenção à saúde materna?

No que diz respeito ao Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual de Saúde iniciou, a partir de 1992, o cálculo do coeficiente de mortalidade materna, tendo por base o número de nascidos vivos disponível no Sistema de Informação de Nascimento - SINASC, ao invés de estimativas de crianças menores de um ano de idade, utilizadas até então. No Brasil, as informações sobre os óbitos maternos – SIM - passam a contar com o contingente de pessoas do sexo feminino com idade entre 10 e 15 anos. Para a OMS, a faixa etária de mulheres consideradas em idade reprodutiva situa-se entre 15 e 49 anos. No Brasil, na fórmula para determinação do índice de mortalidade materna, ampliou-se a faixa etária dessas mulheres para 10 a 49 anos (BRASIL, 2001, tab.). Assim, ao considerar assustadora a estatística que aponta “31.857 meninas que se tornaram mães entre os 10 e os 14 anos” (SERRA, 2002, p.164) o ministro, autoridade política maior da saúde do país, considerou “simplesmente absurda a prática de relações sexuais” (p. 164) nessa idade. Justifica suas afirmativas sob a perspectiva da falta de preparo “sob todos os pontos de vista [dessas] mães-crianças, na grande maioria pobres” (p. 164). Mais: sua perspectiva aponta a interrupção dos “projetos de vida antes mesmo de terem completado sua formação [...] independentemente de sua classe social” (p. 164). Abandonam a “escola, os sonhos, a própria infância e a possibilidade de um desenvolvimento saudável numa fase importante da vida. São pequenas diante do desafio que é criar um filho e educá-lo e, ainda por cima, submetem-se a um risco para o qual ainda não estão preparadas” (p. 164). Em seus argumentos, o governo coloca a educação como um disciplinamento que precisaria ser considerado um dos critérios principais para ‘viver’ uma infância, ser saudável, ser mãe, realizar sonhos, criar e educar um filho e estar preparada para os riscos que tudo isso envolve. Portanto, engravidar ‘precocemente’ implicaria déficit educacional e disciplinar traduzido na ‘absurda prática de relações sexuais’ que faz essas meninas engravidarem, provocando, entre 1993 e 1998, “um aumento de 31% nos partos atendidos pelo SUS nessa faixa que vai até os 14 anos de idade” (p. 164).

A mudança no cálculo não diminuiu o total de óbitos na população, mas produziu novos enunciados, gerando um novo fato político. Para ser tomado na perspectiva da política, tal fato precisou, antes, tornar-se científico, ou seja, foi necessário que a estatística produzisse ‘verdades’ acerca da mortalidade materna em diferentes faixas etárias.

Apesar dos dados oficiais revelarem 55,77 mulheres mortas para cada cem mil nascidos vivos no Brasil, o Ministério da Saúde alerta, a partir de suas estatísticas, quanto à dificuldade de coletar dados em todas as unidades da federação de maneira uniforme, havendo maior dificuldade em obter essas informações nas cidades menores. Tais dificuldades produzem uma estimativa de mortes na ordem de 140 mulheres para cada cem mil nascidos vivos. O sub-registro, fenômeno que ocorre mesmo em países desenvolvidos, se acentua nos países em precárias condições de saúde da população.

A qualidade da assistência à mulher faz com que a mortalidade infantil, medida através da proporção de mortes de crianças de até um ano de idade em relação ao número total de crianças, resulte em até 40 por mil nascidos vivos. Mulheres em más condições de saúde e com menor acesso e possibilidade de assistência à saúde têm maiores chances de gerar crianças com menores chances de sobrevivência ou que necessitem de atendimento de maior custo financeiro: “o custo total para salvar a vida de uma mãe ou recém-nascido é de aproximadamente 230 dólares americanos⁴⁸” (LA SALUD MATERNA..., 1998, p. 1). Assim, uma questão econômica se impõe ao ter seu cálculo evidenciado: a iniciativa para os programas de ‘Maternidade Segura’ indicam um custo financeiro de 2 e 3 dólares americanos, respectivamente, para o atendimento ao planejamento familiar e a atenção básica ao recém-nascido: um custo, portanto, 100 vezes menor. Além disso, os investimentos feitos em saúde materna são os “custos mais efetivos no campo da saúde” (p. 1).

O ‘Maternidade Segura’ considera que “a falta de atenção é um déficit mais perigoso para a vida da mulher durante as etapas de trabalho de parto, do parto e nos dias que seguem imediatamente o parto⁴⁹” (SERVICIOS DE SALUD..., 1998), pois, é nesses momentos que, nos países em desenvolvimento, ela recebe menor assistência ainda do que durante o desenvolvimento da gestação. Isto é, 35% das mulheres desses países não recebem atenção pré-natal; 50% não são assistidas por pessoal qualificado no parto e nascimento e 70% não recebem atenção no puerpério.

⁴⁸ Tradução livre do texto em espanhol.

⁴⁹ *Idem.*

Para Fernando Henrique Cardoso, o “Problema é a alta taxa de natalidade” (FOLHA DE SÃO PAULO, 29/06/02); maior que a oferta de novos empregos e das taxas de crescimento da economia. Para ele, os dados estatísticos que mostram o crescimento de 8,5% da população brasileira de 1995 ao final de 2001, mostram, também, o descompasso entre indicadores citados prevendo a superação desse descompasso para “provavelmente, daqui a uns 20 anos [...] quando a força de trabalho” pressionará menos a economia fazendo com que o impulso dessa economia seja maior do que hoje. O problema, portanto, é ‘controlar’ os nascimentos de forma que o número de brasileiros corresponda à oferta de empregos e que leve o país a crescer e a proporcionar emprego conforme demandas populacionais. Aí, surge a matemática do ‘fazer morrer para deixar viver’ como a descrita por Serra (2002) em seu livro. Em dado momento, Serra relaciona a falta de vinculação do orçamento da União ao setor público de saúde, aos “colapsos espetaculares dos recursos do Sistema Único de Saúde [...] que implicou aumentar as mortes de pessoas humildes devido à desassistência médica” (p. 90) nos anos de 1991 e 1993. Tal ação implicou, também, “ampliação da vulnerabilidade da população às doenças infecto-contagiosas, com péssimas conseqüências no médio e longo prazos” (p. 90).

Contudo, o índice de mortalidade materna⁵⁰, em 1999, foi de 55,77 mulheres para cada cem mil nascidos vivos (BRASIL, 2001, tab.), ou seja, aproximadamente uma, a cada 2000 mulheres brasileiras que ‘dá a luz’, morre em conseqüência da gestação, parto e puerpério, índice considerado distante dos obtidos nos países do grupo A⁵¹. É através da estatística⁵² que a política de ‘humanização do parto’ pretende retirar a mortalidade materna do acaso, utilizando um ordenamento sistemático e calculável.

⁵⁰ Para obtenção do índice de mortalidade materna divide-se a quantidade de mulheres que morreram em conseqüência de gestação, parto e puerpério, pelo número de crianças que nasceram vivas e multiplicando-se este total por 100.000.

⁵¹ Ver nota de rodapé número 46.

⁵² A OMS considera a estatística um mecanismo que produz a atualização contínua de informações selecionadas, de acordo com os interesses do Estado, através do registro dos dados populacionais, que podem ter sido originadas em sistemas administrativos diferentes, porém ligadas automaticamente a uma base de dados. O método e as fontes de atualização devem cobrir todas as mudanças, de modo que as características dos indivíduos no registro permaneçam atuais e ser úteis a estatísticas e censos. Essas informações pertencem a cada membro da população residente em uma determinada área e visam tornar possível a determinação do tamanho e das características dessa população num determinado período. Daí a importância de organizar e gerir essa população tendo por base dados legalmente obtidos. Tais dados são, então, tomados como inventários das características dos habitantes de uma localidade. Entre as informações que necessitam constante atualização estão os nascimentos, as mortes, o sexo, a idade, o estado conjugal, o local de nascimento e residência e a nacionalidade que pode ser efetuada, em parte, pelo sistema de registro civil de um país. Para que uma pessoa em particular, uma casa ou família seja mais facilmente encontrada, é atribuído um número ou senha de identificação de acordo com a entidade que registra tais informações (ONU, 2004).

As estatísticas brasileiras, em especial as relacionadas à mortalidade materna e perinatal, dizem, então, dos enfrentamentos das populações e dos governos em suas gerências. Tanto os índices de mortalidade materna quanto os de mortalidade infantil são usados para dizer da qualidade do sistema de saúde constituídos, em geral, através do acesso aos serviços, da qualidade da atenção básica, da educação em saúde e da assistência especializada e hospitalar.

Com o fenômeno global de urbanização, mais mulheres dão à luz em maternidades, sejam os partos ‘normais ou complicados’. A tendência para tratar todos os partos como de risco, com "protocolos unificados" (OMS, 1996, p. 2), é justificada no ‘programa de humanização do parto’ como uma forma que possibilita a melhora da qualidade da assistência que pode ser avaliada conforme os indicadores (BRASIL, 2000e) construídos a partir dos dados registrados. Para isso, o Ministério da Saúde do Brasil produziu e colocou em circulação instrumentos como a ‘ficha perinatal’, o ‘cartão da gestante’, os ‘mapas de registro diário’ da unidade de saúde, as informações obtidas no processo de referência e contra-referência e o sistema de estatística de saúde do Estado (BRASIL, 2000d). Os instrumentos referidos visam a criação e atualização de indicadores, tais quais:

distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º); percentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação a população alvo (população de gestantes na área ou prevista); percentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas; percentagem de óbitos de mulheres, por causas associadas à gestação, parto ou puerpério, em relação ao total de gestantes atendidas; percentagem de óbitos por causas perinatais, em relação ao total de recém-nascidos vivos; percentagem de crianças com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos; percentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso (menor de 2.500g), em relação ao total de recém-nascidos vivos; percentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos, em relação ao total de exames realizados; percentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após encaminhamento (p. 12).

Capturadas desde o início da gestação, até mesmo a mulher grávida classificada de ‘baixo risco’ para o parto, permanece sujeita a investigações de saúde e é orientada a manter constante avaliação e auto-avaliação de sua gestação. Isso afasta a possibilidade do ‘risco zero’ na gravidez, no parto ou no nascimento, pois o potencial de ameaças ao bem estar da gestante ou feto está sempre presente, principalmente se a gestante não cumprir as prescrições estabelecidas. E, mesmo controlada, a gestante, o parto e o nascimento acabaram por categorizar a gravidez como uma investida perigosa, que exige vigilância constante por parte da grávida.

Ao tratar de como as mulheres entrarão nos cálculos do governo, torna-se necessário buscar não apenas aspectos relacionados à mortalidade, mas, também, os processos que têm por finalidade a produção das subjetividades femininas no ciclo gravídico-puerperal. Assim, as estatísticas relacionadas à vida da população, produzidas a partir de formas ‘humanas de parir’, ligam-se ao número total de nascimentos e à proporção de aumento das populações⁵³; às taxas de fecundidade de cada região relacionadas às características de suas populações; às taxas relacionadas à morte ou morbidade no ciclo gravídico-puerperal (desdobradas em taxas de mortalidade e letalidade materna e neonatal, ou mesmo morbidade materna e neonatal), e não são apenas estudos sobre a população, mas uma aritmética política de um governo, “um saber detalhado não apenas sobre o seu próprio Estado, mas também sobre os outros Estados” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 152), para medir sua força. Dessa maneira, tanto o bem-estar quanto a sobrevivência da população não é a virtude do Estado, mas a sua força. É uma força que precisa ser mundializada para que os parâmetros possam ser comparáveis e envolvam qualquer aspecto da vida do Estado: o clima, o relevo, as doenças, as mortes ou os nascimentos e o parto. Os programas de governo de um país exercem diferentes influências dentro e fora dos mesmos; influenciam e são influenciados pelas políticas de outras nações e por planejamentos relativos a outras áreas do próprio país. Há um engajamento junto às organizações internacionais, cujo interesse acarreta ‘benefícios’ à sua população e ao próprio governo. Desse modo, combater a mortalidade materna implica “expor a falta de autonomia que enfrentam as mulheres em toda sua vida e na gestação [...] e remediá-los através dos sistemas político, legal e sanitário” (LA MATERNIDAD..., 1998, p. 2). Implica, conforme Foucault (1999a), a construção de verdades através dos discursos ligados ao poder que se centram na ciência [discurso científico] e nas instituições que o produzem. A verdade, em suas diversas formas, é, então, objeto de difusão e de imenso consumo e informação, sendo transmitida sob controle importante e não exclusivo das práticas políticas que envolvem a economia, ao mesmo tempo em que também é objeto de debate político e confronto social, constantemente submetida à incitação econômica e política. A produção das verdades está em confronto permanente com a economia, a política e seus efeitos sobre a população. A verdade de que se fala é entendida como “o conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao

⁵³ A OMS estima que em 2012 haja 7 bilhões de pessoas, portanto um acréscimo de cerca de 500 milhões se consideradas a estimativa de 6,5 bilhões para o ano de 2005 (ONU, 2005).

verdadeiro, efeitos específicos de poder” (p. 13). Portanto, o Ministério da Saúde, no que diz respeito ao Programa de ‘humanização do parto’, confere um poder cujos efeitos serão manifestos em saberes para colocá-lo em prática, saberes para praticá-los e saberes para regulá-los, produzindo suas verdades.

Ao instituir o ‘dia nacional de redução da mortalidade materna’, comemorado em 28 de maio, o Brasil deu maior visibilidade à questão da morte das mulheres associada à vida reprodutiva. Para Laurenti (2001), a mortalidade materna não se restringe à mulher: estende-se à sua família e à sua descendência, representando “um indicador do *status* da mulher, seu acesso à assistência à saúde e à adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades” (p. 1). Considera que as barreiras sociais, econômicas e culturais são as ‘causas’ que colocam em risco a vida das mães e, ao mesmo tempo, provocam danos aos filhos. Mundialmente, os números que expressam essas mortes são da ordem de 2,8 milhões de crianças mortas entre o final da gestação e a primeira semana de vida. No Brasil, as cifras de mortalidade de crianças abaixo de um ano de idade tiveram seus percentuais diminuídos na última década para abaixo de 30 mortes para cada 1000 nascidos vivos. Essa taxa ainda é considerada preocupante e muito distante das alcançadas nos países ‘desenvolvidos’. São mortes evitáveis em sua maioria; mortes de crianças cujo meio uterino, familiar ou social apresenta hostilidades que, quando não lhes tiram a vida, limitam-na.

O UNICEF afirma que o risco de morte de uma criança menor de 10 anos de idade é bem maior quando sua mãe está morta e, ainda maior, quando a criança é do sexo feminino (LA MORTALIDAD..., 1998).

Ao analisar as causas de morte dos dez milhões de brasileiros no período compreendido entre os dois últimos censos (1991 e 2000) pode-se destacar que uma entre cada 20 mulheres teve seu óbito devido a situações complicadoras relacionadas ao ciclo grávido-puerperal. A estimativa de mulheres que morrem anualmente, no mundo, por causas relacionadas a esse período é de aproximadamente 585.000; 99% dessas mortes ocorrem nos países ‘em desenvolvimento’ e são atribuídas às condições de vida dessas nações. Dizendo de outra maneira, 1.600 mulheres por dia ou uma a cada minuto ‘do mundo em desenvolvimento’ morrem por fator relacionado à gestação, parto e puerpério. (LA MORTALIDAD..., 1998). Assim, ao colocar a gestação como condição de morte materna, se está colocando a gestação como causa de perda da vida, produzindo a verdade ‘da geração de vida como geradora de morte’ que, através dos cálculos estatísticos, expressa e descreve a quantidade e a qualidade da vida reprodutiva das mulheres e de sua

descendência. Cálculos que permitem pensar a morte de mulheres no ciclo gravídico-puerperal como um limite relacionado aos coeficientes de qualidade de vida.

A mortalidade materna traz consigo outra cifra estimada: a cada mulher que morre, aproximadamente 30 outras apresentam infecções ou lesões incapacitantes que terão um profundo efeito em suas vidas. Os documentos trazem a cifra estimada de gestações por ano no mundo: 200 milhões (TODO EMBARAZO..., 1998). E, a cada ano, pelo menos 12 milhões de mulheres adultas ficam suscetíveis a enfermidades ou lesões decorrentes da gravidez ou parto e, aproximadamente, 300 milhões de mulheres (mais de ¼ da população feminina em idade reprodutiva residente no mundo em desenvolvimento) permanecem com as seqüelas dessas lesões (TODO EMBARAZO..., 1998).

Ao se perguntar sobre os motivos pelos quais morre uma mulher a cada minuto, James Wolfensohn (JONES, 2001), presidente do Banco Mundial, disse que “a resposta é que as pessoas não se importam. Assumimos que as mulheres estão aí. Nunca demos muita importância aos direitos da mulher⁵⁴” (p. 4). Ao incluir a própria mulher no descaso aos seus ‘direitos’, e ao utilizar termos como ‘as pessoas não se importam’ [com as mulheres, nem elas mesmas] ‘assumimos’ que “milhões de mulheres dos países em desenvolvimento não contam com o apoio social e econômico necessários para ter uma boa saúde e poder levar uma gestação sem riscos⁵⁵” (LA MATERNIDAD..., 1998, p. 1), o presidente do Banco Mundial coloca em questão as políticas destinadas ao atendimento às necessidades das mulheres para o parto descritas nos documentos.

Assim, a ‘noção ou sensação de segurança’, como atualmente é chamada ‘a’ segurança apregoada pela política de ‘humanização do parto’, nada mais é do que uma guerra cujo objetivo é homogeneizar práticas de parto e nascimento, de disseminá-las, colocando todas sob o título de humanizadas. Ao disseminar-se como uma política – ou, quem sabe, uma guerra contra a desumanização – o Estado brasileiro coloca em movimento uma maquinaria ou uma tecnologia a serviço da vida, cujas peças indispensáveis são a população e as instituições que exercem e controlam o parto a partir de certo modo de atender e ser atendido ‘humanizadamente’ e, portanto, seguro. “Os hospitais privados e filantrópicos conveniados somam 63% do total de serviços disponíveis” (BRASIL, 2001b, p. 22) ao atendimento obstétrico. Entretanto, pela própria descrição feita sobre as práticas relacionadas ao parto, pode-se pressupor que ‘serviços

⁵⁴ Tradução livre do texto em espanhol.

⁵⁵ *Idem.*

disponíveis’ referem-se, em primeiro lugar, à disponibilidade de leitos obstétricos uma vez que a dificuldade em gerir leitos obstétricos é maior onde a totalidade dos leitos disponíveis pertence aos hospitais privados e filantrópicos cabendo ao gestor público somente a gestão de leitos destinados ‘à urgência’. Mediante o argumento da ‘urgência’ e dos riscos que a falta de atendimento a esta urgência acarreta, a noção de segurança no parto é negociada com as instituições. À medida que aumenta o número de instituições que controlam o acesso das gestantes ao parto institucional (hospitalares e nem por isso menos políticas) e, portanto, as subjetividades envolvidas, a noção de cidadania é dada pela possibilidade de acesso ou não à instituição de saúde para atenção ao parto. Surge, também, a constituição de uma ‘insegurança’ produzida pelo medo de não receber um atendimento saudável através das práticas instituídas pelo ‘programa de humanização ao parto’ e, também, através de mídias que noticiam a falta de leitos e a insegurança de parir em determinadas instituições, geralmente públicas. As informações sobre a falta de leitos, as dificuldades de acesso e o medo do desconhecido (hospitalização, dor, isolamento e submissão às práticas) também constituem a mulher, os profissionais e o governos para um ‘parto humanizado’ que desqualifica os serviços em que são freqüentes essas ocorrências, ou seja, as instituições públicas de saúde.

Descrito dessa maneira, percebe-se que o programa de ‘humanização do parto’, construído para proliferar e assegurar a vida produz, concomitantemente, o risco (o gestacional, de morte materna, neonatal...), as doenças relacionadas à gestação, a morte como um de seus efeitos e a desqualificação das instituições em que ele se materializa. Ainda: estabelece diversas categorizações de risco, entre eles o gestacional, ao afirmar que “toda a gestação traz em si mesma risco para a mãe e para o feto” (BRASIL, 2000b, p. 13; BOYACIYAN), produzindo, discursivamente, todo o período da gestação e todas as gestações como de risco, para, ao mesmo tempo, determinar as práticas de interesse para o cuidado dessa população cindida. Categorizada e medida, a população de que trata o programa de ‘humanização do parto’ é, então, dividida em populações: de alto, médio e baixo risco; de diabéticas ou de hipertensas; de adolescentes ou de idosas; de risco social ou demográfico entre tantas outras. A categorização é compatível e necessária ao exercício do biopoder e estabelece o que Foucault (1999d) chamou de racismo biológico. Sua função primordial seria a de hierarquizar e qualificar as populações, defasando, em seu interior, “um grupo em relação aos outros” (p. 304). Para o autor, isso permite que o poder considere a população, no caso do programa de ‘humanização do parto’ as gestantes e os profissionais, como uma mistura de raças que pode, ainda, ser subdividida em espécies ou outros

subgrupos biológicos. Assim procedendo, o racismo desencadeia sua segunda função que pode ser assim expressa: “se você quer viver, é preciso que você faça morrer, é preciso que você possa matar” (p. 305), estabelecendo uma relação que não é militar ou guerreira, mas biológica. Portanto, pode-se pensar que, quando James Wolfensohn (JONES, 2001) afirma que ‘as pessoas não se importam com as mulheres nem elas mesmas’ está hierarquizando as mulheres em relação às pessoas e desqualificando-as entre si; quando Serra (2002) afirma “que em certas ocasiões, como em 1991 e 1993, [a falta de vinculação do orçamento da União ao setor público de saúde] implicou aumentar as mortes de pessoas humildes devido à desassistência” (p. 90) promovida pelo próprio governo, também desqualificou os mais ‘humildes’ e promoveu o que Foucault (1999d) chamou de mortes autorizadas. Uma autorização de doenças e mortes voltadas à população menos rentável.

Assim, ‘controlar’ os nascimentos é também uma forma de gerenciar as nações para que sejam supridas suas necessidades conforme as demandas populacionais inclusas na matemática do ‘fazer morrer para deixar viver’. E não exclui a produção de verdades sobre as possibilidades das mulheres na sociedade produtiva e, também, sobre o entendimento do governo quanto a necessidade de diminuir as gestações, principalmente, se as mulheres pertencerem a uma categoria econômica que dificulte seu acesso ao parto institucionalizado - lembrando aqui, que o setor público atende a 95% dos nascimentos no país.

3 'HUMANIZAÇÃO DO PARTO' E POLÍTICA EDUCACIONAL: estratégias de controle e regulação da vida

[...] esperarei, na minha ciência de governo, que as condições sejam favoráveis (EXUPÉRY, cap. 10).

Procurou-se definir unidades, conjuntos, séries, relações, para determinar o modo e a medida de variação das práticas de parto comuns a épocas e locais diversos, na tentativa de explorar os textos relacionados à 'humanização do parto'. Nos documentos estudados há uma ampla divisão entre práticas desejáveis e não-desejáveis para o parto, dentre as quais optou-se pelas que falam sobre a 'humanização' como política que ordena e, ao mesmo tempo, educa a vida. As prescrições contidas nesses documentos e os desdobramentos a elas referidos são contingências nas quais são produzidos, manifestados ou ocultados os desejos relacionados ao 'parto humanizado'; são, também, objetos dessa 'humanização'; são ordenamentos que colocam em funcionamento a sexualidade, o prazer e o poder, concomitantemente: prazer em exercer um poder que analisa, fiscaliza, escuta, vê, apalpa, mede, descobre segredos, traz à vida, cura doenças e se esgueira deste poder ao posicionar-se como uma 'construção da sociedade'. Um poder que se instaura no prazer de produzir 'humanização'; 'humanização' que é exterior e que produz sujeitos através de instituições e de formas de controle criadas na sociedade. A 'humanização' é, aqui, fonte de relações de poder que imprime às práticas de parto toda a força que a palavra pode produzir para que essas práticas possam e passem a ser chamadas de 'humanizadas'; a 'humanização' enquanto política de educação é uma espécie de estopim que gera saberes e incita a produção de condutas que, quando multiplicadas (ou divididas?!) possibilita a emergência de outros saberes, condutas e reordenamentos.

3.1 Deslocando-me da estrada fixa: sobre a crítica e o uso dos documentos no estudo

Através de argumentos descritos repetidas vezes, procurei mostrar um caminho que incite o pensar sobre a humanização enquanto termo que se presta a nominar situações, programas e investimentos relacionados ao parto, deslocando-me da estrada que fixa ou justifica posições e comportamentos sobre o assunto. A partir daí, entender que o Programa de 'Humanização do Parto', ao agregar um amplo e importante conjunto de ordenamentos elaborados e executados para um segmento também amplo da população, classifica,

distribui e enquadra pessoas e práticas em listas e lugares, para melhor produzir e controlar a população por meio de ações ‘humanizadas’. Isso envolve a criação de conhecimentos nos diversos níveis de formação existentes na sociedade, que sejam acessíveis às grávidas – para que sigam as formas prescritas – e, também, às não-grávidas, aos homens e às crianças – para que saibam como agir em relação às práticas de parto consideradas adequadas à população e, assim, produzam o parto como um acontecimento que dê sentido e significados à vida. Daí, entender o ‘programa de humanização do parto’ como um processo que se trama na comunidade e no hospital nela inserido, como uma rede que atravessa o corpo social e o corpo da mulher. Um processo que precisa da criação de “espaços coletivos de discussão e proposição de novas modalidades de assistência, destinados a empreender uma política institucional progressiva e permanente de humanização que delegue à própria instituição os destinos de suas ações” (BRASIL, 2001a, p. 62).

Tal ordenamento possibilita atualizar e operar o parto, agora ‘humanizado’, como uma das múltiplas formas de dispersão do discurso da sexualidade⁵⁶, distribuindo esse discurso nas disciplinas que dedicam formas diferentes de analisar, contabilizar, classificar e especificar as práticas a ele relacionadas (estudos, pesquisas ou exame clínico da gestante). Isso tudo torna possível a gerência do parto por meio de recursos públicos que fortalecem e aumentam a potência do Estado, através de cada um dos membros que compõem sua população. Ao se constituir ‘humanizado’, o parto afirma uma biopolítica ou política das populações, mediante práticas de análises das taxas de natalidade, de mortalidade e morbidade maternas e neonatais; das idades adequadas para gestar e parir; das formas de parto e nascimento; das vantagens e desvantagens sociais e econômicas de parir em determinado local e de determinada maneira; a produção de tais índices, e dos efeitos que operam, são reafirmados nas descrições dos modos como a população faz uso de seus corpos em relação às práticas do parto. Produz, portanto, um homem moderno tal qual “um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão” (FOUCAULT, 1999b, p. 134), ao contrário do homem descrito por Aristóteles, por exemplo: um animal vivo capaz de existência política. Produzidos dessa maneira, os programas políticos

⁵⁶ A sexualidade, sendo considerada uma “tecnologia do sexo” (FOUCAULT, 1999b, p. 137) foi, conforme o autor, esmiuçada através dos sonhos e condutas dos indivíduos em todas as fases de suas vidas, e, por isso, a partir do século XIX, a sexualidade pode ser constantemente produzida. É o conhecimento produzido pela sexualidade e suas táticas diversas, que vai objetivar tanto a disciplina do corpo quanto a regulação das populações, constituindo, da mesma maneira que o sexo, uma dobradiça que articula essas objetivações.

operam relações com a população em que esta não se subordina e, ao mesmo tempo, não é subordinada a esse ‘poder’ ao não “combinar a valorização das experiências corporais das mulheres com estratégias que visam a transformar discursos e práticas sociais um *locus* de subordinação” (ÁVILA; CORREA 1999). O poder, assim constituído, supõe e produz uma economia e uma racionalidade. Essa racionalidade, por sua vez, depende de instituições, e através delas opera no percurso dos discursos tecnológico, estratégico, geopolítico, religioso, entre outros. Uma racionalidade assim constituída é característica específica dos arranjos sociais e pode ser descrita no interior de relações de saber e de poder, e não simplesmente como uma capacidade, uma necessidade ou propósitos humanos.

Tal racionalidade permitiu ao Ministério da Saúde traduzir, selecionar e ampliar as 59 práticas do guia ‘Maternidade Segura’ (OMS, 1996) para as 68 práticas publicadas no manual “Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher” (BRASIL, 2001b), tomando-as como ordenamentos adequados às especificidades do País. Essa mudança numérica ocorreu pelo desdobramento de determinadas prescrições e supressão de outras, a partir do guia ‘Maternidade Segura’ (OMS, 1996), um relatório de recomendações de especialistas do mundo inteiro sobre o parto, divulgadas pela ONU para as pessoas integrantes dos 191 países que dela fazem parte (VEJA ONLINE)⁵⁷. Tais práticas relacionam-se à “adoção sem críticas de uma variedade de intervenções inúteis, inoportunas, inadequadas e/ou desnecessárias, com muita frequência, mal-avaliadas. [...] Um risco incorrido por muitas pessoas que tentam melhorar os serviços obstétricos” (p. 1). O guia pretendeu abranger a diversidade de práticas, costumes, economias e riquezas e maiores ou menores índices de qualidade de vida e desenvolvimento humano das sociedades. Para isso, ditou normas relacionadas ao parto, e ao ordenar e indicar o que deve e o que não deve ser realizado; o que deve ou não ser solicitado; o que deve ou não ser oferecido; o que compete à gestante; o que compete ao profissional; a conduta da família, do pai e do acompanhante durante a gestação; o parto e o puerpério, incluindo neste, o recém-nascido. Para isso, lista as “intervenções que são ou deveriam ser utilizadas para apoiar os processos do parto normal” (p. 1) de acordo com levantamento realizado, principalmente, nas sociedades ocidentais. E, enquanto tal levantamento é realizado, procura ‘educar’ a população através da utilização de práticas adequadas às especificidades de cada país ou região. Com isso, reconhece as variações relacionadas não só às diversas

⁵⁷ Integram a ONU 191 países dos 193 Estados reconhecidos (não fazem parte da organização Taiwan - considerado uma Província pela China -, Timor Leste e Vaticano). A ONU reconhece a existência de 234 nações (VEJA ONLINE).

regiões, mas também ao nível de assistência, sofisticação dos serviços e tipo de prestador de serviços (OMS, 1996). Todavia, ressalta que a implantação e implementação dessas práticas necessitam investimentos que acarretam a geração de custos adicionais necessários aos países que não as adotam ou adotavam. Uma medida que dependeria, então, de decisão política desses países.

A partir disso, algumas diferenças surgem nas listas publicadas nesses dois documentos. Uma delas é a forma de identificação dessas categorias⁵⁸: No ‘Assistência ao parto normal: um guia prático’ as categorias são identificadas como A, B, C, e D; no Manual do Ministério da Saúde as mesmas categorias são identificadas pelos números 1, 2, 3, e 4. Assim, enquanto que no ‘guia’ é preconizado a presença de acompanhante de acordo com a “escolha da mulher durante o trabalho de parto *e parto*” (OMS, 1996, p. 36), no Manual organizado pelo Ministério da Saúde a palavra ‘parto’ foi suprimida. Tal alteração restringiu o direito de acompanhamento à mulher ao período que antecede o nascimento. A descrição que segue é: “respeito à escolha da mulher durante o trabalho de parto” (p. 187). Já, em sete de abril de 2005, um outro poder (ou resistência?) se materializa na sanção presidencial na forma da Lei 11.108 (BRASIL, 2005a) que acresce ao Capítulo VII, Título II, da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) o artigo 19-J ‘que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tal artigo e seus dois parágrafos dizem:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Mas existem, ainda, outras alterações promovidas na lista que descreve as práticas que devem ou não ser realizadas durante o parto. Assim, a “amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto” (OMS, 1996, p. 37) passa a ser uma prática

⁵⁸ Identificação das categorias conforme a OMS, Assistência ao parto normal: um guia prático’ (1996) e o Ministério da Saúde (2001b), respectivamente: A ou 1: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B ou 2: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C ou 3: práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deveriam ser usadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D ou 4: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

utilizada de modo inadequado, enquanto que a OMS a havia classificado como prática para a qual não existem evidências científicas suficientes que apóiem uma recomendação clara que a justifique (da categoria C para a categoria 1). Há, também, o deslocamento entre as mesmas categorias do item “uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto” (BRASIL, 2001b, p. 187), expressando o interesse de que os efeitos determinados pelo ordenamento dessas práticas na categoria inicial não se disseminassem. Nesse caso, que lugar ocuparia as ‘evidências científicas’ de que “não existem evidências suficientes para apoiar práticas que deveriam ser usadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão” e as transformem em práticas ‘demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas’? Difícil pensar que tal proposição seria um engano cometido pelo Estado no momento de sua transcrição. Entretanto, poder-se-ia supor um acordo, entre as associações envolvidas na edição da publicação, para que a prática fosse mantida como rotina a fim de promover a aceleração do terceiro estágio do parto e a concomitante liberação de leitos hospitalares conforme a média de tempo prevista para tal. Isso diminuiria os riscos de infecção hospitalar determinados pela permanência hospitalar prolongada, assim como os custos que qualquer permanência hospitalar adicional acarreta e, ainda, tornaria possível menor utilização de medicamentos e equipamentos.

Nas práticas da categoria dois (as práticas que devem ser eliminadas) foram acrescentados seis itens oriundos das categorias C (práticas que devem ser usadas com cautela) e D (práticas usadas de modo inadequado), quais sejam:

Uso liberal ou rotineiro da episiotomia; toques vaginais freqüentes e por mais de um examinador; manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo; prática liberal de cesariana; aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais; manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento (p. 188).

O estímulo ao uso de vitamina K no recém-nascido para prevenção de hemorragia neonatal, o uso de nitrato de prata ou tetraciclina para prevenção da oftalmia gonocócica, a supressão da lactação em mães portadoras de HIV e o Alojamento Conjunto são práticas não listadas no ‘guia’ da OMS e incluídas na categoria 1 como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. Ao categorizar tais práticas, o manual produz a possibilidade do quadriculamento disciplinar que Foucault (1999c) refere. Assim, o Alojamento Conjunto ou mesmo o Centro Obstétrico, com o apoio e incentivo da OMS, com seus espaços fechados, recortados e vigiados em todos os seus pontos, inserem os indivíduos num lugar fixo que possibilita uma vigilância constante de todos sobre todos.

Nele, tanto bebês quanto mães e profissionais têm seus “menores movimentos controlados [...], todos os acontecimentos registrados [...] e o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica contínua em que cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído” (FOUCAULT, 1999c, p. 163). Entretanto, o uso rotineiro de tais práticas tem sido questionado e repudiado por parte da sociedade, produzindo uma constante discussão e suscitando os mais diversos fóruns de debate e publicações, nos quais são afirmadas, ou não, as práticas prescritas no programa. No entanto, a utilização do termo ‘humanização’ na política do parto, por sua identificação usual com a bondade e o humanitarismo, dificulta a identificação do termo na perspectiva do biopoder e enquanto estratégia de governo, colocando-o, num primeiro momento, acima de qualquer suspeita: uma forma ‘mascarada’ do biopoder. É, portanto, um conceito construído socialmente e não algo inscrito na ‘natureza humana’. O mesmo ocorre quando a ‘humanização do parto’ é tomada, no senso comum, como sinônimo de nascimento vaginal. Entretanto, o termo ‘parto vaginal’ é relatado de diferentes formas ao longo da história. Em alguns relatos é enfatizado as diferentes posições adotadas pela mulher para o parto, em outras, a participação e/ou presença de pessoas e instrumentos utilizados na ocasião, mostrando que o parto vaginal não se refere somente à um processo biológico comum às mulheres grávidas. Tais relatos mostram modificações das e nas práticas utilizadas no parto, os sentidos que tomam e as situações que lhes emprestam significados diferentes, conforme a sociedade e o governo em que ocorrem.

Em Yunes (1996), a ‘busca da humanização’ do atendimento obstétrico é constituída pelo:

Conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (apresentação).

A ‘humanização’ é, pois, para Yunes, o conjunto de práticas necessário para a saúde e prevenção de morte de mulheres e crianças e necessita do ‘respeito à dinâmica de cada nascimento’ como estratégia para sua consecução e intervenções realizadas na medida ‘exata’ de cada situação. Com isso, sugere não haver, pelo menos de forma suficiente, a preocupação com a ‘promoção’ do parto, com a ‘prevenção’ de mortes, com o cuidado adequado às intervenções e, ainda, o excesso ou falta de critério na utilização dos recursos tecnológicos. Tais afirmativas desqualificam ações realizadas pelo Estado, anteriores à publicação de tal política e produzem a ‘humanização do parto’ como o discurso que

estabelece o saber que pode ser tornado visível e o poder a ele relacionado. Dessa forma, institui a humanização do parto como a verdade que possibilita a reinvenção de formas de vida e coloca em circulação o biopoder como pensamento “de que a sociedade ou o Estado [...] tem essencialmente a função de incumbir-se da vida, de organizá-la, de multiplicá-la, de compensar suas eventualidades, de percorrer e delimitar suas chances e possibilidades biológicas [... e também] o direito de desqualificar” (FOUCAULT, 1999d, p. 313).

Tal racionalidade está inclusa, por exemplo, nos custos implicados na prática rotineira da episiotomia que se aproxima dos 134 milhões de dólares gastos no atendimento aos 11,5 milhões de partos ocorridos anualmente na América Latina. O custo individual de tal procedimento é de US\$ 11,63 a US\$ 20,21. No Brasil, estima-se que uma política de restrição do uso da episiotomia poderia levar a uma economia de 15 a 30 milhões de dólares ao ano, somente em procedimentos relativos a sua reparação cirúrgica (NASSAR; SÁ; LOPES, 2004).

Feitas as contas, a episiotomia passa ser considerada tal qual a voz de muitas mulheres que se queixam não apenas do procedimento quanto de suas conseqüências: um procedimento dolorido ao corpo da mulher e economicamente custoso ao governo. Também um procedimento que é, então, mostrado como danoso de diversas maneiras, mas, principalmente através da verdade ‘científica’ (TOMASSO, 2002).

A inclusão da analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos, remunerados pelo SUS a partir do ano 2000 (BRASIL, 2001c), é outra situação que narra o momento em que, nos hospitais dos grandes centros urbanos, onde há maior circulação de gestantes para o parto, torna-se necessária a presença de um ‘segundo anestesista para atendimento a urgências obstétricas’. Daí criar-se a eventual ociosidade desse especialista, visto que nem sempre há uma outra urgência obstétrica a ser atendida. Porém, a dor do parto, tida como um dos maiores temores das mulheres, não justifica uma cesariana, mas pode justificar a atuação do profissional treinado para aliviar a dor. Cria-se, também, a indicação de analgesia para a dor materna, descrita como o “principal parâmetro de indicação do momento da analgesia e não a dilatação cervical” (BRASIL, 2001b, p. 75). Tal prática produz-se, então, a partir de uma combinação de fatores, entre os quais, a máxima utilização dos recursos humanos disponíveis nas instituições; a diminuição da ansiedade dos profissionais quanto à manifestação do estímulo doloroso materno, e a conseqüente prevenção do incitamento à cesárea pela ‘distócia de ouvido’; a necessidade de informar as mulheres quanto a possibilidade de um parto ‘humanizado’ e sem dor para que as instituições contratem pessoal para ‘completar ou ampliar’ quadros de pessoal de

modo a prestarem um serviço humanizado. Além da anestesia, cria-se uma diversidade de procedimentos de alívio da dor cuja prática torna-se especialidade de diferentes profissionais da saúde, escolhidos conforme as necessidades das mulheres, família, e governo. Pode-se ver, aí, um poder que produz e que não é violento; no qual não há subordinação; que permite escolhas. As relações de poder presentes nessa política produzem um sujeito da ‘humanização do parto’ e, também, as práticas que operam tal política e sua gestão. Não cabe e não se trata aqui de apontar o melhor cuidado e os supostos avanços ou retrocessos nas formas atuais de cuidado ao parto.

A política de ‘humanização’ traz à tona produções de verdades que se apóiam nas chamadas ‘melhores evidências científicas’ e descrevem, também, uma diversidade de práticas pouco encontradas no cotidiano do atendimento obstétrico no Rio Grande do Sul e no país. Assim, a possibilidade de escolha dessas práticas, tanto da mulher quanto dos profissionais, fica restrita aos recursos institucionais disponíveis. Afirma, também, que a mulher “de hoje é mais exigente quanto às informações que necessita sobre sua gestação e o parto [por isso, deveria ser] esclarecida sobre as formas de alívio da dor disponíveis, suas vantagens, desvantagens e limitações” (BRASIL, 2001b, p. 69). Destaca a possibilidade de adequado preparo psicológico advindo “de um programa educacional sobre a fisiologia do parto, além dos exercícios físicos respiratórios” (p. 70). Resume, ainda, os métodos para o controle da dor em “não farmacológicos, farmacológicos sistêmicos e farmacológicos regionais” (p. 70). Dentre os métodos não farmacológicos salienta os térmicos psicofiláticos, a acupuntura e a estimulação transcutânea elétrica que “quando administradas da forma adequada” (p. 70), ou seja, por especialistas treinados em tais competências, produzem efeitos “parturientes menos ansiosas e mais cooperativas; redução do consumo de analgésicos sistêmicos; postergação no início de técnicas regionais de analgesia; colaboração ativa da parturiente e maior do acompanhante” (p.70). Em relação às vantagens dos métodos farmacológicos sistêmicos é afirmada a “facilidade de administração e a aceitação das parturientes” (p. 70).

Contudo, os métodos farmacológicos regionais são os descritos e ilustrados mais detalhadamente. Suas vantagens sobre os métodos sistêmicos predominam. Técnicas de aplicação se desdobram conforme o estágio do parto: “bloqueio dos nervos pudendos por aplicação transvaginal ou transcutânea, peridural lombar ou sacral, raquianestesia e bloqueio combinado raqui-peridural” (p. 74), possibilidades de associação de drogas, doses dos medicamentos, posicionamentos a serem adotados pela gestante durante a prática analgésica. Todas essas técnicas “devem ser executadas por anestesiológicas” (p. 76),

pois, ao mesmo tempo em que “proporcionam um alívio satisfatório da dor materna [...] oferecem condições técnicas para a realização da maioria dos procedimentos obstétricos” (BRASIL, 2001b, p.76). Considera, ainda, “imprescindível salientar [...] a interação [dos profissionais] com a mulher e seu acompanhante” (p.76). Profissionais cujas práticas são minuciosamente estudadas e que apresentam justificativa ‘científica’ de alívio da dor; mulheres que são minuciosamente informadas sobre vantagens do alívio da dor: uma relação de poder instaurada; uma ação sobre a ação de outro, em que não há violência: há ajuda, ‘solidariedade’, individualização do atendimento e economia (da dor) produzidas através da ‘humanização do parto’.

Mas, a ‘expansão’ da ‘humanização do parto’ não se opera apenas no ambiente hospitalar e com os anestesistas. Estendeu-se, também, junto ao Programa de Saúde da Família do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Esses programas, ao multiplicar o número de profissionais que atuam fora dos muros hospitalares (mas dentro dos muros residenciais, sem que haja ampliação do quadro funcional para o Programa de Humanização), ampliam a área de abrangência da ‘humanização do parto’, colocando a gestante numa grande rede que possibilita seu controle desde o início da gestação, na comunidade, em sua casa, até o momento do parto. E, nesse momento, deve ser levada “em boas condições até a porta do hospital, [e acompanhada, por esses profissionais] depois da maternidade, junto com o recém-nascido” (SERRA, 2002, p. 162), na volta para casa.

3.2 Uma rede de educação para a ‘o parto humanizado’

As cifras que fazem supor a grande rede lançada para um maior controle da população são os “quase 100 milhões de brasileiros atendidos no primeiro programa e mais de 40 milhões no segundo programa” (p. 57). Serra (2002) atribui a melhora da atenção básica “à multiplicação dos agentes de saúde, financiados parcial ou totalmente pelo Ministério da Saúde em todo o Brasil. [Considera ainda, que este programa] é a melhor garantia de mudança do futuro das gestantes” (p.162).

Tal rede foi estendida a partir da metade da década de 1990 e, conforme Serra (2002), o número de equipes desse programa era de 1.700, em 1998, 11.300, em 2000, e deveria chegar a 25 mil equipes em 2002. Seus objetivos são os de “melhorar a qualidade e a regularidade do atendimento à saúde; coordenar melhor a definição das grandes políticas e campanhas de saúde com as ações nos níveis locais; promover maior humanização das relações entre médico e paciente; melhorar a difusão das informações” (p. 45), além de

prevenir doenças e identificar fatores de riscos, através de consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares e reuniões com a comunidade. Para isso, essa rede contava com “cerca de 140 mil agentes espalhados em 4.600 municípios e mais de 10 mil equipes no Programa de Saúde da Família (cada uma cuidando de até 1.000 famílias) em 3.000 mil municípios” (SERRA, 2002, p. 170), que foram acrescidos de outros 902 municípios, em 2001 (BRASIL, 2002a). Conta, ainda, com a parceria de 160.000 Agentes Comunitários voluntários da Pastoral da Criança, entidade ligada à Igreja Católica. O número de Agentes Comunitários da Pastoral da Criança é semelhante ao de agentes comunitários do governo em todo o país. “Cerca de 80% do orçamento da Pastoral é coberto pelo Ministério da Saúde, sem qualquer interferência direta em sua organização, nem em suas ações” (SERRA, 2002, p. 79). Essa informação dada pelo próprio Ministro da Saúde mostra os cruzamentos das relações entre governo, Igreja e sociedade e suas implicações para as finanças do país. Ao afirmar que se “o Ministério realizar diretamente o trabalho da Pastoral teria de gastar o equivalente a, pelo menos, cinco vezes aquele orçamento” (p. 79). Dessa maneira, o Ministério da Saúde promove ações de saúde, controla os recursos humanos através dos treinamentos realizados pela própria Pastoral e gere os gastos.

Em 2004, passados dez anos de implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, o governo informa terem sido acompanhadas “mais de **60 milhões de pessoas** por quase **19.200 equipes**, na maior parte dos municípios brasileiros” (BRASIL, 2004c, grifos do autor). O Ministério afirma, ainda, que o custo de manutenção de cada posto de Saúde da Família é, em média, 20 mil reais, por equipe, estando aí discriminados gastos com a manutenção da unidade, fornecimento de medicamentos à população, deslocamento das equipes, remuneração e treinamento de profissionais. São, então, locais que atendem as famílias em seus municípios; que ‘enquadram’ a família no município, e que, por sua vez, estão circunscritos em ‘áreas de atuação’ do município. Tal malha quadricula-se cada vez mais, produzindo um controle cada vez maior do município em relação à saúde de sua população. Uma estratégia de controle não apenas da saúde, mas também da população através da saúde de seus indivíduos. Uma possibilidade de conhecer os custos que serão destinados a cada membro dessa população e os recursos que serão destinados a esse atendimento. É uma forma que atende aos pressupostos da municipalização dos serviços de saúde apresentada em 1963 pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul, discutida durante a III Conferência Nacional de Saúde e possível de ser operacionalizada algumas décadas após.

A municipalização é uma estratégia que movimenta os princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social, através da descentralização das ações e serviços de saúde e da relação entre o poder público e a sociedade, tendo a Igreja como um de seus segmentos mais importantes.

Com a criação, nos últimos 20 anos, de 1.570 municípios, concomitantemente à expansão do controle de saúde para fora da malha hospitalar, o território brasileiro conta, atualmente, com 5.561 municípios (BRASIL, 2002a). Em termos governamentais, essa ampliação estende as possibilidades de esquadramento de todos os eventos relacionados à população, incluídos, aí, o parto e o controle do número de nascimentos ocorridos. As mulheres e suas famílias, abarcadas dessa maneira, são pensadas como possibilidades de manutenção e ampliação de uma rede de comunicação com o Estado, também, “por sua descendência” (FOUCAULT, 2000b, p. 228). Dessa forma, o Programa de Agentes Comunitários e o da Saúde da Família ampliam o programa de ‘humanização do parto’ e colocam a família como principal instrumento de controle do governo. Além disso, o governo serve-se da ampliação do controle político do território, relacionando as instituições a esses municípios, localizando aí e em suas instituições, o corpo da gestante a ser monitorado, e para o qual são criadas regras que tornam o parto uma produção no tempo e faz da vida que emerge desta produção um acontecimento único, porque nunca foi produzida dessa maneira.

A ‘humanização do parto’ produzida pelo Ministério da Saúde implica “invenção de novas possibilidades de vida [...] ou estilos de vida” (DELEUZE, 2000, p. 114), ou seja, em formas de subjetivação, de produção de modos de existência particular e coletiva, que individualizem o parto e o caracterizem como um acontecimento ‘humanizado’. O Ministério da Saúde, ao descrever a multiplicidade de práticas e prescrições existentes em tal política, afirma, a um só tempo, a impossibilidade de um modelo único para toda a sociedade e a necessidade de controle de todas as práticas mais frequentes. O poder sobre o parto como um poder sobre a vida, precisa que o corpo seja adestrado, treinado, útil e dócil para melhor se integrar ao sistema econômico: um “corpo-máquina⁵⁹” (FOUCAULT, 1999b, p.131) que possa ser regulado através das disciplinas. Mas a forma da vida do ser

⁵⁹ Foucault (1999d) faz notar que a partir dos séculos XVII E XVIII, emergem técnicas de poder centradas essencialmente no corpo. Essas técnicas têm a finalidade de aumentar sua força útil através de exercícios e treinamentos. A instauração dessa ordem sobre o corpo coloca-o em alinhamento e o distribui espacialmente; instaura um sistema de vigilância e exames constantes que produzem conhecimentos sobre aquilo que vigiava, examinava, exercita, treina, educa; “técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que deve se exercer, da maneira menos onerosa possível” (p. 288).

vivo ser expressa é dada pelo “corpo-espécie⁶⁰” (p. 131), ao evidenciar “a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida” (p. 131). Além disso, condições que fazem tais processos variar historicamente são evidenciadas nos documentos da ‘humanização do parto’, através da desvinculação da mulher de um suposto instinto natural feminino. A entrada e a exposição da vida no campo das técnicas políticas com seus fenômenos próprios à espécie humana na ordem do poder e do saber no campo das técnicas políticas, possibilitaram o conhecimento do corpo e, a partir desse, o conhecimento da espécie. O homem aprende, então, “que é uma espécie viva num mundo vivo” (p. 134); que pode ser repartido de modo ótimo; que tem corpo, expectativa de vida e saúde que podem ser alterados sob determinadas condições. Ao encarregar-se da vida, o homem tem acesso ao corpo e às relações deste corpo com a vida e com as práticas de parto. Dessa forma, produz tal vida e é produzido historicamente. A vida, enquanto objeto de lutas políticas, formula-se através de afirmações de direito, como “o ‘direito’ à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, a satisfação das necessidades, o ‘direito’ [...] de encontrar o que se é e tudo que se pode ser” (FOUCAULT, 1999b, p. 136). A biopolítica tornou o homem do século XX um homem que tem ‘direito’ à vida. Para isso, as tecnologias disciplinares que incidem sobre a vida, como a da política de ‘humanização do parto’, precisam atuar sobre as mulheres enquanto espécie humana e também sobre sua descendência, através de práticas de saúde coletiva que disciplinam a todos, a fim de que a sociedade e a espécie não corram riscos. No início do século XX, ao histerizar a mulher e medicalizar seu corpo, o governo pode, enfim, responsabilizá-la pela saúde de seus filhos, de sua família e, por extensão, da sociedade. No fim do séc. XX, ao ‘humanizar o parto’, o governo pode, também, normatizando individualmente as práticas a ele relacionadas, regular a sociedade.

As práticas implicadas nesse parto utilizam tecnologias que precisam ser aprendidas pela população envolvida no processo. Por isso, o Ministério da Saúde, ao prescrever como prática de ‘humanização da assistência ao parto’, “a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais e das gestantes” (BRASIL, 2001b, p. 38), supõe a produção de pessoal “devidamente preparado [para acompanhar o] trabalho de parto e para promover procedimentos de alívio da dor”

⁶⁰ O corpo-espécie, nos diz Foucault (1999d), não exclui a técnica disciplinar instaurada no ‘corpo-máquina’ ou ‘homem-corpo’; as técnicas disciplinares se modificam e se incrustam no corpo-espécie. O corpo-espécie se torna, então, uma técnica de poder que se dirige à multiplicidade de homens, ou à espécie e é afetada por processos de conjunto que são a própria vida (nascimento, morte, parto).

(BRASIL, 2001b, p. 38). Para tanto, determina que seja evitado o descompasso entre o que é dito e o que é feito, “através da adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa [...], de forma a propiciar às mulheres brasileiras – sobretudo àquelas mais carentes - um parto verdadeiramente humanizado” (p. 39). Dirigida ‘sobretudo às mulheres carentes’, tais medidas produzem e impõem formas ‘humanizadas’ de parir, ao ordenar à população para que siga as normas do programa e entrem no ‘compasso’ do mesmo. Nas palavras de Serra (2002), “estamos apenas no começo do começo da construção de um novo sistema de saúde para a mulher e para todos [...] que dará um mínimo de estabilidade para o atendimento à saúde não dos que tudo tem, mas daqueles (e daquelas) que pouco tem e muito necessitam” (p. 163).

Nessas circunstâncias, precisa-se que os partos sejam administrados para que haja o menor dispêndio de energia, o menor custo e, ao mesmo tempo, o menor risco de que uma vida seja mutilada ou perdida. O governo precisa se ocupar desses partos em proveito de uma administração racional. A gestão desses partos implica maneiras diferentes de relacionamento com a população imbuída nesses fazeres. Assim, há um governo que direciona as práticas de parto para determinado local, ou seja, o hospital; que prescreve a ordem em que determinadas práticas precisam ser executadas; que confina as mulheres para melhor controle, para que os custos necessários às práticas de parto sejam racionalizados e, portanto, previsíveis. Para isso, instituiu como estratégia para a implementação do “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento”, o que chama de “componentes” (BRASIL, 2001c). Em número de três, tais componentes são direcionados ao sistema público de saúde.

O Componente I, ou Portaria GM/570, disponibiliza “incentivo à assistência pré-natal” (p. 6), entendido como estímulo adicional aos estados e municípios para “aumentar a cobertura e incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal às suas gestantes” (p. 6). Esse estímulo é financeiro e prevê um investimento de R\$ 90,00 pagos às instituições que atenderem a mulher. Para cada mulher atendida, cujo cadastramento junto ao programa é efetuado em sua primeira consulta pré-natal (que deve iniciar até o 4^a mês de gestação), são liberados R\$ 10,00; após outras seis consultas de pré-natal e a consulta no período puerperal, são liberados outros R\$ 40,00 à instituição onde a gestante realizou tais consultas; após o parto e a consulta puerperal, os outros R\$ 40,00 são liberados à instituição hospitalar onde ocorreu o nascimento. Vê-se, então, que os R\$ 90,00 são liberados gradativamente, de acordo com o cumprimento do plano e a respectiva comunicação (relatório) da consecução de seus passos.

O Componente II, ou Portaria GM/571, relaciona-se à “organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal” (BRASIL, 2001c, p. 8). No detalhamento desse componente, estão previstas as implantações de Centrais Municipais e Estaduais de regulação Obstétrica e Neonatal, sistemas móveis para transporte e atendimentos de gestantes em situações de risco, aquisição de equipamentos para melhoria das condições de assistência, principalmente nas situações de alto risco obstétrico e neonatal.

Já, o Componente III, ou portaria GM/572, aborda a “nova sistemática de pagamento à assistência ao parto” (p. 9). Nesse detalhamento, são descritos procedimentos e valores correspondentes ao pagamento de profissionais e instituições, que será efetuado sempre após sua realização e comunicação ao órgão gestor.

Há, ainda, outras duas formas de controle explicitadas no texto: “no término do pré-natal, após o parto e a consulta no puerpério, a Ficha de Cadastramento da Gestante será encerrada através do SISPRENATAL” (BRASIL, 2001c, p. 7). Isso irá permitir que “o pagamento do incentivo da CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL – R\$ 40,00, desde que todos os procedimentos assistenciais tenham sido realizados e digitados mensalmente no SISPRENATAL” (p. 8), ou seja, estejam registrados no sistema para gestão do programa. A distribuição e a regularidade das consultas de acompanhamento pré-natal operaram, dessa forma, continuamente sobre os corpos das grávidas, de forma a torná-los “dóceis” (FOUCAULT, 1999c, p. 118).

A outra forma de controle refere-se ao não pagamento do ‘incentivo’ de R\$ 40,00 ao hospital; isso é previsto para quando a mulher não realiza consultas pré-natais conforme critérios estabelecidos. Caso haja a cobrança do ‘incentivo’ sem que a mulher tenha frequentado as consultas preconizadas, “acarretará em auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis” (BRASIL, 2001c, p. 9). Esta situação coloca o olhar do gestor não apenas a gestante, mas, também, aos prestadores de serviço em suas competências no cuidado à saúde da população.

Para que as consultas de pré-natal sejam disponibilizadas à população, os gestores e técnicos deverão “explicitar a rede ambulatorial, os laboratórios e os leitos obstétricos, definindo a programação das referências” (BRASIL, 2001d). O sistema de referência supõe o sistema de contra-referência e funciona na ordem da hierarquização dos serviços do SUS. Assim, um procedimento ou uma prática que não faz parte do esquema mínimo de atendimento à gestante na rede básica de saúde, mas considerado necessário ou mesmo indispensável à gestante deve ser realizado em locais que mantenham serviços de maior

complexidade da assistência. Em situações de maior risco ou de complicações da gestação, parto e puerpério, também pode haver necessidade de um serviço terciário de maior complexidade. Entretanto, a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde, a garantia das consultas de pré-natal com médico(a) ou enfermeiro(a), (BRASIL, 2001d), a identificação de laboratórios, a garantia da realização de exames básicos e de seguimento do pré-natal, o estabelecimento dos sistemas de referência e contra-referência para assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional, cabe aos gestores e técnicos (BRASIL, 2000e).

As atividades de operacionalização e os critérios que devem ser atendidos para sua inclusão na formação da 'rede de humanização' do parto são classificadas de acordo com cada esfera do governo Assim, no âmbito das Secretarias Municipais de Saúde, o programa indica o ordenamento que segue:

- a) Participar, junto à Secretaria Estadual de Saúde – SES, da elaboração do Programa Estadual de Humanização. b) Preencher Termo de Adesão, nos termos da Portaria 09/2000/SPS e encaminhá-lo a SES para realização de vistoria e posterior homologação. c) Estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de regulação obstétrica e neonatal assim como o sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, se preenchidos os critérios de elegibilidade. D) Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa (BRASIL, 2000f).

Já o Ministério da Saúde distribui a todas as unidades que realizam pré-natal, Fichas de Cadastramento da Gestante e Fichas de Registro Diário dos Atendimentos da Gestante no SISPRENATAL, com a devida seqüência numérica. O SISPRENATAL é um sistema informatizado, disponibilizado pelo governo federal através do DATASUS, de utilização obrigatória para os municípios que aderem ao Programa. Esse sistema possibilita o monitoramento do Programa pelos gestores do SUS, a partir do acompanhamento de cada gestante pela seqüência numérica repassada aos municípios e distribuída anualmente pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais de Saúde - SES. Os dados coletados no SISPRENATAL devem ser encaminhados até o dia 15 de cada mês às SES, dessa maneira são montadas as bases de dados que servem para a construção dos indicadores. As alterações nestes indicadores monitoram o programa e direcionam suas ações no sentido de

Capacitar os gestores das unidades de saúde, profissionais de saúde e pessoal da área de Controle e Avaliação para operacionalização do Programa, dentro das competências de cada um; Estabelecer Fluxo para as informações pertinentes ao

Programa; Manter atualizados os bancos de dados sob sua responsabilidade (BRASIL, 2000e).

Junto às Secretarias Estaduais de Saúde e Distrito Federal, as prescrições visam: “ações de atenção básica, apoio laboratorial, atenção ambulatorial especializada, assistência hospitalar obstétrica e neonatal e, [também], definir as unidades de referência para diagnóstico, atenção ambulatorial de alto risco e assistência ao parto de baixo e alto risco” (BRASIL, 2001d). Já, os municípios identificados como em “condições de aderir de imediato ao Programa”, precisam, conforme o documento, ser vistoriados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e encaminharem seus Termos de Adesão à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde para homologação, após o que deverão ser enviados⁶¹ para o Ministério da Saúde. Às secretarias de saúde compete a assessoria na implantação do Programa, o “desenvolvimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento” (BRASIL, 2001d) e a coordenação e execução em articulação com as SMS, da “programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal, alocando complementarmente recursos próprios” (BRASIL, 20001d). Cabe, ainda, aos Estados “estruturar e garantir funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação obstétrica e neonatal e assessorar os municípios na estruturação das Centrais Municipais e na instalação dos sistemas móveis de atendimento” (BRASIL, 2001d), mantendo atualizados os Bancos de Dados sob sua responsabilidade (SIM, SINASC, SIPAC)⁶² e monitorando o desempenho do Programa, mediante acompanhamento de indicadores pertinentes, no âmbito do Estado. Tais Centrais Estaduais e Regionais de Regulação Obstétrica poderão ser implantadas e incrementadas técnica e operacionalmente através de recursos repassados aos hospitais públicos, mediante Convênios que regularão tal financiamento.

Os estados e o Distrito Federal deverão elaborar Projeto de investimento específico, Plano de Trabalho e Cronograma de desembolso e enviá-los à Secretaria de Assistência à Saúde. [...] No caso dos hospitais filantrópicos, os recursos serão repassados diretamente mediante Convênio específico, sem intermediação das SES ou SMS (BRASIL, 2000e).

⁶¹ O detalhamento sobre a forma de envio do termo de adesão homologado é rigorosamente descrito conforme segue: “os Termos de Adesão Homologados devem ser enviados em meio físico, devidamente assinados pelo gestor municipal e pelo preposto regional da SES, e em meio eletrônico para o e-mail prenatal@saude.gov.br do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde – Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, sala 630. Brasília-DF. CEP: 70058-900”.

⁶² SIM: Sistema de Informação de Mortalidade; SINASC: Sistema de Informação de nascido vivo; SIPAC: Sistema de Informação de Procedimentos de Alto Custo.

Em resumo, às Secretarias Estaduais de Saúde cabe articular estados e municípios, assessorar a elaboração de Planos Estaduais e Municipais, estabelecer normas técnicas, alocar recursos e manter atualizados os Bancos de Dados sob sua responsabilidade.

O vínculo estabelecido entre a rede de básica de saúde e o hospital onde o parto é realizado, produz uma rede de informações e controle tanto da grávida quanto do atendimento oferecido. A rede básica de saúde faz-se presente no hospital, e vice-versa, quando o sistema de referência e contra-referência estão adequados, isto é, o oferecimento de consultas de pré-natal, o atendimento ao parto - hospitalar - e a garantia de que a gestante retorne à unidade básica de saúde em consulta de puerpério. É através do cumprimento desses critérios que a rede básica e o hospital podem se habilitar ao recebimento do 'incentivo'. Para garantir o retorno da gestante nesses espaços, as práticas, onde devem estar incluídos o tratamento gentil, a utilização de aparelhagem e o controle dos resultados obtidos, produzem um tipo de prestadores de serviço e de gestantes definidos pelo cuidado que prestam e recebem. E, assim, a rede que atua sobre a assistência à mulher se estende à ação dos prestadores de serviço e se constitui um controle administrativo da população.

A extensão de cobertura das consultas realizadas no 'pré-natal', que segue este desenho, inicia-se no princípio da gestação, passa pelo atendimento ao parto e nascimento e conclui-se na consulta puerperal. É dessa maneira que o poder político sobre a saúde da população amplia-se nas mesmas proporções. O fato de garantir a regularidade do acesso ao 'parto humanizado' implica garantir o acesso a todas as gestantes do país ao atendimento especializado do SUS; sejam tais especialistas parteiras da floresta⁶³, médicos ou enfermeiras.

As tecnologias, práticas de poder sobre a vida, que se exercem através do poder disciplinar constituído a partir do século XVIII, são chamadas de polícia. Tais tecnologias relacionam-se aos métodos de desenvolvimento da qualidade de vida da população e da potência da nação: dos mecanismos de segurança e de ordem, do crescimento econômico e das condições de manutenção da saúde e higiene, instaurando a governamentalidade.

⁶³ São chamadas assim, as mulheres que há dez anos são reconhecidas como profissionais, com direito de ganhar meio salário mínimo ao mês, do governo. "São responsáveis pelas estatísticas que fizeram [do Amapá] o campeão de partos normais no Brasil: 88% [e cujo] relacionamento com os médicos é um mar de rosas – literalmente – pois não faltam espinhos" (Estado de São Paulo, 29/06/2002). O Programa Nacional de Parteiras Tradicionais, com o apoio do UNICEF e da ONG C.A.I.S do Parto (Centro Ativo de Integração do Ser) capacitou, até 2005, cerca de 4.200 parteiras das regiões Norte e Nordeste. Tal capacitação faz parte do 'programa de humanização do parto' e tem como objetivo a diminuição de intervenções desnecessárias ao parto e obteve como resultado a inclusão da remuneração do parto domiciliar na tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001b; REIS; CARVALHO, 2005).

Popkewitz (1994) afirma a importância da utilização da palavra polícia, no século XIX, como forma de “assegurar uma continuidade [...] entre o governante do estado e suas populações” (p. 187) e, ao associar as palavras polícia e governo, afirma que

na Idade Média, governar era uma atividade extrínseca: o poder do Príncipe consistia em proteger seu principado geograficamente; a questão da regulação das almas e da preparação para a vida eterna era deixada à Igreja. No século XIX, o significado de governar envolvia o Estado na regulação e coordenação de práticas de comportamentos e disposições individuais. O complexo de instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e táticas que definem as pessoas como populações torna-se importantíssimo para a arte de governar [...] e passa a ser uma forma de definir o compromisso mútuo de governantes e sujeitos (p. 187).

É preciso, então, promover e implementar táticas que propiciem tais contratos entre governantes e indivíduos. Daí, a importância do poder disciplinar tomar “corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais” (FOUCAULT, 1999b, p. 89), ao organizar os espaços onde a saúde é produzida (hospitais, postos de saúde, consultórios), ao controlar o tempo e ao vigiar e registrar continuamente os conhecimentos produzidos. A disciplina produzida para colocar em movimento as práticas do parto é uma tecnologia que, ao mesmo tempo, exerce um poder e produz um saber. Esse poder disciplinar modifica as relações de poder e fará com que as disciplinas veiculem um discurso que será o da regra ou norma e “definirão um código que não será o da lei, mas o da normalização; referir-se-ão a um horizonte teórico que não pode ser de maneira alguma o edifício do direito, mas o domínio das ciências humanas; a sua jurisprudência será a de um saber clínico” (FOUCAULT, 1999a, p. 189). A disciplina considerada desta maneira não é identificável a uma instituição: ela é um tipo de poder e uma forma de exercê-lo que congrega um conjunto de procedimentos de diversos níveis e com diversos alvos de aplicação que fazem dela “uma tecnologia” (FOUCAULT, 1999c, p. 177). Um dos efeitos desse poder disciplinar é a produção do ‘parto humanizado’ e as práticas a ele relacionadas. E, tanto o ‘parto humanizado’ quanto o conhecimento que dele se pode obter são efeitos dessa produção. Assim, a partir da instauração dos mecanismos disciplinares, não se pode mais pensar o poder como concentrado exclusivamente no Estado, nem atribuir a esse poder um caráter totalmente negativo. A política de ‘humanização do parto’ trouxe a possibilidade de compilar dados relacionados aos atendimentos obstétricos ‘científicos’, ligando as informações coletadas nos postos de saúde aos hospitais e destes ao governo encarregado de gerir tais informações. Daí, a possibilidade de continuidade ao atendimento no puerpério e ao recém-nascido e a construção de saberes sobre a mulher e

sua descendência, expandindo a vontade de produzir formas de poder sobre o corpo feminino tão relacionada às profissões da área da saúde.

O ‘parto humanizado’ enquanto poder disciplinador produz relações que incidem, principalmente, sobre os corpos das mulheres grávidas e sobre as pessoas envolvidas nesse processo, ocorrendo em uma rede em que os indivíduos estão sempre em posição de exercer poder e de sofrer sua ação, nunca sendo apenas o alvo inerte ou consentido do poder, mas também seus centros de transmissão. Em outros termos, o poder, a política e a educação não se aplicam nem ao programa nem aos indivíduos, mas passam por eles através do que esta política institui: o ‘parto humanizado’. Dessa forma, a operacionalização do programa de ‘humanização do parto’ evidencia o saber ‘científico’ que produz o ‘parto humanizado’ e coloca em prática os saberes dele decorrentes, profissionalizando e capacitando instituições, criando espaços de discussão sobre a assistência proposta, ouvindo e implementando os atendimentos prescritos, mantendo e atualizando constantemente tal política.

3.3 Educação dos profissionais

Não é somente sobre as práticas de parto hospitalar que fala o programa. Refere-se, também, ao parto domiciliar, às parteiras das florestas, às casas de parto. Entretanto, a tônica incide em dois pontos: um deles, o(a) prestador(a) de serviços, portador da ‘competência’ que a ciência imprime e o outro, o hospital e as práticas nele realizadas.

Ao tratar da ‘humanização da assistência hospitalar’, o governo “expressa uma firme decisão de enfrentar o desafio de melhoria da qualidade do atendimento público à saúde e de valorização do trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2001a, prólogo). Para isso, “convoca os profissionais de saúde para que trabalhem com afinco” (prólogo), e utilizem a ética como eixo que os levará a operar tais práticas. Esse pensamento relaciona a ética e a subjetividade dos profissionais com o exercício da técnica utilizada para operar as práticas obstétricas. Preconiza, então, que sejam criados espaços coletivos para a discussão de modalidades de assistência que empreendam “uma política institucional progressiva e permanente de humanização que delegue à própria instituição [...] a profissionalização de suas iniciativas, a sistematização de suas ações e resultados e capacitação dos profissionais” (p. 63). Em outras palavras, uma política de gestão que possibilite à

instituição diferenciar-se ao gerir a assistência, mantendo ou ampliando a diversidade ou especificidade de práticas oferecidas como estratégia de captura de gestantes.

Junto aos espaços e à profissionalização, a política do programa propõe a adoção de um “novo conceito de saúde [...] fundamentado no acolhimento ao outro, na ética, no respeito à vida e à cidadania” (p. 63). O programa ordena aos profissionais e usuários que adotem uma prática de saúde que ‘indissocie’ aspectos emocionais dos físicos, “que acolha o desconhecido e reconheça limites” (p. 63); que examine detalhadamente a desinformação de gestantes e que possa preencher minimamente as lacunas evidenciadas em seu exame; na qual o “caráter sedimentário assumido pelas práticas médicas não tenda a reduzir os outros seres humanos à condição de objeto de uma prática; que se estabeleça entre dois sujeitos e não entre um sujeito e um objeto” (RIBEIRO, 2002); que coloque a “qualidade do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde à serviço do conhecimento técnico-científico” (BRASIL, 2001a, p. 31) para o bom governo das populações; uma prática cujo objetivo não é o de “mudar a ‘consciência’ das pessoas, ou o que elas têm na cabeça, mas o regime político, econômico e institucional de produção da verdade (FOUCAULT, 1999a, p. 14).

Para conhecer a ‘verdade da humanização’, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa de avaliação com o público atendido na rede de serviço de saúde e concluiu que a ‘humanização’ do atendimento depende “da capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender demandas e expectativas” (BRASIL, 2001a, p. 2) da população atendida. Descreveu tais aspectos como “mais valorizados que a falta de médicos, de espaço nos hospitais e de medicamentos” (p. 2). Daí, sua proposição de “enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde” (p. 2), relacionando a ‘humanização do atendimento’ a aspectos da formação educacional dos profissionais da saúde e à busca de melhorias nos hospitais. Prescreveu a criação de instrumentos que evidenciem a “solidariedade, o respeito à diversidade de opiniões [através de espaços de discussão] onde a regra é a livre expressão e, [em que] a educação continuada e o diálogo” (p. 46) são prerrogativas produzidas como valores necessários à produção de evidências científicas para o ‘parto humanizado’.

Tais valores ou verdades, assim constituídos, podem ser utilizados como critérios para a seleção e o treinamento de profissionais nas práticas de humanização, pois, na pesquisa de avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, os usuários estudados referiram que a qualidade do conhecimento técnico-científico dos profissionais não se faz

acompanhar de uma correspondente qualidade em relação ao profissionalismo, ao respeito, ao modo de atender, de comunicar-se, de dar atenção e despende tempo ao prestar informações e na empatia com a necessidade alheia. Conforme a avaliação do Ministério, a qualidade do contato pessoal entre profissional e usuário é responsável por uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades no tratamento dos pacientes, sendo “condição que favorece o erro médico” (BRASIL, 2001a, p. 31). Neste caso, o erro médico aparece como decorrência de problemas de comunicação entre profissionais e usuários que o Estado deveria evitar, construindo “relações de acolhimento e vínculo e promovendo o respeito à dignidade humana, sem o que valerá menos corrigir os desequilíbrios estruturais e financeiros que ainda afetam o sistema hospitalar público” (p. 31) e desgastam sua imagem. Além disso, o Ministério da Saúde coloca-se como a instituição competente para estabelecer políticas e normas técnicas de capacitação da equipe de saúde para a ‘humanização do parto’, a fim de diminuir a possibilidade de danos às mulheres nessa situação admitindo que as dificuldades do controle desses danos não decorrem somente da capacitação de profissionais, mas de comunicação e de múltiplas instâncias implicadas na composição dessa problemática.

As dificuldades de comunicação e de controle do erro evidenciaram-se no desenrolar da CPI da Mortalidade Materna, quando depôs o representante do Conselho Federal de Medicina, Pedro Pablo Chacel. Ao falar sobre a fiscalização da instituição sobre os profissionais em exercício, quanto à questão da mortalidade materna, ele afirmou que os “Conselhos são órgãos de fiscalização interna, acompanhando a ética e o comportamento médico. A fiscalização externa, de âmbito civil e criminal, é atribuição do Ministério Público” (CPI, 2003, p. 139), que possui recursos legais para atribuir responsabilidade Penal e Civil Resultante de Lesões Corporais e do Homicídio Culposo no Exercício da Profissão Médica. Entre tais recursos está a Interdição do Exercício Profissional, a indenização do Dano Material e do Dano Moral, cabendo ao Conselho as penas de advertência, suspensão por trinta dias e, a mais severa, cassação do direito ao exercício da profissão (COLTRO). Afirmou, ainda, que o Conselho em questão associa a morte de uma mulher em decorrência do parto não apenas ao ‘erro médico’, mas aos “erros grosseiros de negligência, imprudência e imperícia; erro institucional como a falta de recursos na instituição; erro socioeconômico como a falta de acesso aos serviços, ao pré-natal e a profissionais qualificados e más condições de vida” (CPI, 2003, p. 139).

A baixa qualidade dos serviços e a sobrecarga do sistema de saúde são explicadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) da seguinte maneira:

Se o profissional tem dificuldades na realização do seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com outras instâncias, os encaminhamentos são desorganizados e geram um número considerável de consultas, exames complementares e internações adicionais. Boa parte das demandas dos pacientes poderia ser resolvida em seu primeiro atendimento, se houvesse um bom sistema de comunicação e um bom relacionamento profissional-usuário.

Essa é, então, a verdade colocada na arena da ‘humanização’: de insatisfação dos usuários quanto ao trabalho dos profissionais e das dificuldades dos profissionais em realizarem seus trabalhos, gerando custos decorrentes de um ineficiente sistema de comunicação e, em ‘boa parte’, dos atendimentos realizados. Mas, para que os problemas que geram um número considerável de consultas, exames e internações sejam geridos, são criadas regras que operam essas verdades e produzem saberes em forma de outras verdades. Lembra-se aqui, as palavras que Foucault (1999a) usou ao explicitar o *modus operandis* da regra.

A regra é o prazer calculado da obstinação [...] ela põe em cena uma violência meticulosamente repetida. O desejo da paz, a doçura do compromisso, a aceitação tácita da lei, longe de serem a grande conversão moral, ou o útil calculado que deram nascimento à regra são apenas seu resultado e, propriamente falando sua perversão (p. 25).

Daí a importância da regra no ‘Programa de Humanização’: são prescrições que produzem a ‘docilidade’ para aceitá-la, o disciplinamento para colocá-la em movimento e o compromisso com a verdade que ela institui. E cria-se a necessidade de práticas educativas que disciplinem os profissionais para a ‘promoção da dignidade humana’, entre as quais, a supressão das práticas consideradas ‘desnecessárias’, como as “claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas [e] as práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão” (2001b, p. 188) que aumentam a possibilidade de danos à mulher e seu filho e, também, do ‘erro médico’. Dessa forma, a dignidade do ‘parto humanizado’ é vinculada a um governo das populações que acolhe a todos e a cada um, ‘calibrando’ necessidades e equilibrando finanças. Foi a partir do século XVIII que o pensamento sobre a responsabilidade individual sobre a saúde começou a ser vistos como o ‘dever de cada um e o objetivo de todos’ e que a família tornou-se particularmente importante para o governo e seus propósitos disciplinares, de forma a se tornar ‘o mais constante agente de medicalização’, onde a mãe, em especial, passou a ser cobrada por sua responsabilidade em monitorar e facilitar o desenvolvimento, crescimento e saúde de seus filhos. Daí Lupton (1999) afirmar que, desde então, as mulheres têm sido vistas como cidadãs ativas “não pela

participação na esfera pública, como é o caso dos homens, mas predominantemente por suas responsabilidades no cuidado da saúde e do bem-estar de seus familiares”. Por isso, os esforços das mulheres para cumprir essas responsabilidades equivalem àqueles do Estado, através, por exemplo, de seu programa de ‘humanização do parto e nascimento’. Uma prática cuja dignidade ou valor está associado diretamente à economia do Estado, produzida para atravessar a sociedade de forma que governo e população sejam ‘saudáveis e felizes’. Uma prática que, ao produzir conhecimentos, produz, também, tecnologias disciplinares capazes de “conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, sensibilizando profissional e usuário para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado” (BRASIL, 2002, p. 7). Uma prática que prevê e permite o esquadrinhamento pormenorizado do saber da ‘humanização do parto’.

Tudo isso quer dizer que pode haver “um saber do corpo que não é exatamente a ciência do seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las” (FOUCAULT, 1999c, p. 26). Um saber e controle que Foucault chama de “tecnologia política do corpo” (p. 26), que é difusa, raramente explicitada de forma direta, e geralmente composta de partes sem relação entre si. Uma força de sujeição obtida sem violência, “calculada, organizada, tecnicamente pensada, [que] não faz uso de armas nem terror e, no entanto continua a ser de ordem física” (p. 26).

Concomitantemente ao esquadrinhamento da produção desses saberes, o governo declara seu empenho “em tornar toda experiência viva e transmissível, ao alcance daqueles que desejem conhecê-la e empregá-la em sua própria realidade” (BRASIL, 2002b). Reconhece serem “tantas (e tão singulares) estas realidades que seria enganoso supor uma receita para todo e qualquer hospital do país”. Por isso, propõe que seus manuais sejam tomados como “roteiro operativo, [...] a partir do qual cada instituição poderá plasmar suas próprias soluções e trilhar seu próprio caminho”.

A partir do modelo de ‘parto humanizado’ descrito, o governo promete garantias possíveis à grávida e a sua família, se acompanhadas regularmente em suas particularidades, por profissional que mantenha “uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos” (BRASIL, 2000d, p. 4). Além disso, afirma permitir à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalecendo-a no seu caminho até o parto, ajudando-a a construir um conhecimento sobre si mesma que favoreça um nascimento tranquilo e saudável. A escuta clínica de que fala o programa precisa, aqui, ser registrada a cada vez que se torna objeto de atenção individual do profissional em relação à gestante. Diz o

programa que “quando preenchemos uma ficha de histórico clínico não estamos escutando a palavra, mas apenas recolhendo a informação necessária para o ato técnico” (p. 2). Nesse caso, considera que “o lado humano [do usuário ficou excluído pela suposta objetividade da ciência ao reduzir a palavra] à mera informação de anamnese” (p. 2).

Uma escuta pressupõe, obrigatoriamente, alguém que fala: um ser confesso; um ato de confissão tomado como o conjunto de “todos os procedimentos pelos quais se incita o sujeito a produzir sobre sua sexualidade um discurso de verdade que é capaz de ter efeitos sobre o próprio sujeito” (FOUCAULT, 1999a, p. 264).

Então, como se manifesta a relação entre o dizer e o escutar no programa de ‘humanização do parto’, partindo-se da premissa que o que mais se aproxima da ‘voz’ da mulher são os relatos da experiência cotidiana do atendimento, descritos como ‘resultados de pesquisas de avaliação’ dos serviços de saúde brasileiros?

Aqui, faz-se um breve parêntese para relatar algumas situações e condições nas quais a confissão foi produzida como técnica disciplinar indispensável à clínica obstétrica. Uma prática da qual faz parte a ‘escuta’ que pode ser ‘vista’, ‘medida’, ‘pesada’, ‘palpada’, ‘tocada’ e, também, ‘ouvida’ e ‘descrita’ naquilo que é produzido pela estatística e pelas ‘evidências científicas’. Uma escuta que, tanto quanto o toque é a extensão do olhar, “uma estrutura plurissensorial” (FOUCAULT, 1998, p. 188).

Reporta-se, aqui, ao período da Idade Média, em que a confissão é instituída como parte do processo inquisitorial em que

a demonstração escrita precisa de um correlato oral; em que as técnicas da prova administrada pelos magistrados se misturam com os procedimentos de provas que eram desafios ao acusado; em que lhe é pedido – se necessário, pela coação mais violenta - que desempenhe no processo o papel do parceiro voluntário; em que se trata em suma de produzir a verdade por um mecanismo de dois elementos – o do inquérito conduzido em segredo pela autoridade judiciária e do ato realizado ritualmente pelo acusado. O corpo do acusado, corpo que fala e, se necessário, sofre, serve de engrenagem aos dois mecanismos (FOUCAULT, 1999c, p.36).

Ainda nesse período, as práticas de confissão produzem um cristianismo que tem como ponto de sustentação a produção de um sujeito que “sabe o que se passa nele” (FOUCAULT, 1999a, p. 264), todavia não sabe se o que se passa nele é o que lhe possibilita entrar em contato com Deus e, portanto, com ‘a verdade’ que precisa conhecer. A procura do confessor ocorre, então, pela necessidade de o sujeito ‘descobrir se seus ‘atos e pensamentos’ podem ligá-lo à ‘verdade’ que é ou está em Deus. Para isso, precisa de

alguém que o coloque no caminho dessa ‘verdade’; caminho que precisa ser identificado e, para tanto, necessita de alguém que o ajude.

Mas é sobre as mulheres, principalmente sobre as parteiras não tementes a Deus, e que, portanto, não estão nem procuram o caminho dessa ‘verdade’, que as práticas de confissão recaem nessa época. As descrições de tais práticas, compiladas pelos Inquisidores com base na narrativa de testemunhas, geralmente um outro Inquisidor ou amigo ‘confiável’, vão se impor, também, às mulheres grávidas, cujo grande pecado, o da prática sexual, tornava-se evidente com a gestação. À suposição de crime contra a fé, se impõe a confissão do crime. E para a obtenção do perdão é necessário confessar a fé em Deus.

A Santa Inquisição e instalação do Tribunal do Santo Ofício instauram não somente o inquérito, mas também o exame (da alma). Para que tal processo tivesse início, uma pessoa acusava outra perante um juiz e submetia-se à lei de Talião⁶⁴ caso não conseguisse provar a acusação; poderia, também, acusar outra pessoa perante um juiz sem mostrar provas, recusando-se ao envolvimento na acusação, sob alegação de estar agindo de boa-fé ou por medo do castigo impetrado pelo juiz contra os que deixam de prestar informações; a terceira forma de iniciar um processo era o anônimo, onde não aparecia o acusador ou informante. O último caso é a situação onde mais se produz material para uma inquisição, pois há segredos a serem desvendados e, portanto, bruxas envolvidas e juizes obrigados a inquirir em nome de seu ofício (KRAMER; SPRENGER, 2000).

Uma maneira de mostrar como a confissão operava a verdade é a descrição do relato de uma parteira ‘temente a Deus’, em Inquérito do Santo Ofício (KRAMER & SPRENGER, 2000). Tal parteira foi consultada por uma gestante cujo filho morreu antes do nascimento e teve que ser retirado aos pedaços durante o parto. A parteira descreve o retorno de uma grávida à sua casa após longa caminhada para visitar amigas. A grávida, esposa de um nobre sentiu, então, fortes cólicas e a parteira, após ouvir o relato da gestante, atribuiu tais cólicas⁶⁵ à conversa dessa com uma bruxa na estrada. Isso teria provocado a ira e a pronta punição divina à desobediência ao preceito cristão de se afastar daquilo ou daquele que representa o mal. A ‘verdade’ que emerge dessa consulta em forma

⁶⁴ A lei de Talião é descrita em Êxodo, caps. 21 e 22. A frase que se tornou conhecida, “olho por olho, dente por dente, mão por mão, pé por pé..”, faz parte da descrição de tal lei.

⁶⁵ Nesta época, o esforço da caminhada prolongada não é relacionado à possibilidade de aumento da intensidade da contração uterina.

de confissão de fé da parteira ao relatar esse fato e da falta de fé da grávida ao conversar com uma bruxa, tornado ‘visível’ pelo relato da parteira, é submetida ao tribunal da Inquisição, é produzida no sujeito a partir do poder de instigação, ou melhor, de coerção da confissão.

Assim, qualquer sujeito, especialmente as mulheres que não estivessem associadas à ‘verdade’ instituída, era colocado frente aos juizes e seus assessores para que mostrassem seu medo, num ritual em que eram despídos, tinham todos os seus cabelos e pêlos raspados e seu ato de confissão testemunhado como garantia da punição. Em determinadas localidades, as roupas das mulheres eram confiscadas, obrigando-as a permanecerem nuas nas prisões.

Desse modo, a confissão mostra-se como um ritual que “se desenrola numa relação de poder, pois não se confessa sem a presença, ao menos virtual, de um parceiro, que não é simplesmente um interlocutor, mas a instância que requer a confissão, impõe-na, avalia-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar” (FOUCAULT, 1999b, p. 61). Produz, então, em quem o articula, a inocência, o resgate, a purificação, o perdão, a liberdade e a promessa de “salvação” (p. 61).

A confissão é produzida, então, como o modo com que o criminoso toma para si o próprio crime. É, também, a forma da ‘verdade’ exercer todo o seu poder e, daí, sua importância em todo o processo inquisitorial cujo efeito é a punição do corpo após a comprovação visual do crime. Isso tornava a confissão da mulher um ritual e, ao mesmo tempo, um espetáculo que terminava com a procura de objetos ‘enfeitados’ escondidos em suas partes íntimas. Para que a punição, ou seja, efeito da tecnologia de poder representada pela confissão, pudesse ser exercida sobre os corpos, era preciso que a desobediência fosse vista como um ato de hostilidade à ‘verdade’. Por isso, quando o sujeito não confessava, a tortura era utilizada como suporte à confissão.

Já, quanto à prova da acusação, apesar de os inquisidores declararem que a mesma devesse ser “clara como a luz do dia”, bastavam duas testemunhas afirmarem fatos que, mesmo diferentes ou divergentes, caracterizassem bruxaria para que a acusada fosse punida por esse crime. Assim, pouca evidência era necessária para culpar uma acusada. No entanto, não era permitido às acusadas saberem quem eram as pessoas que as acusavam, devido ao perigo a que essas se expunham após tal ato. Pessoas de ‘boa reputação’, acusadas por duas testemunhas, podiam ter mais pessoas a serem ouvidas para comprovar a acusação; pessoas de má reputação podiam ser acusadas com a prova testemunhal de apenas duas pessoas. O segredo do processo só era revelado aos inquisidores. Não era

aconselhado a ninguém agir como acusador, visto que, se não pudesse apresentar provas, lhe seria imputada a lei de Talião já referida. Os inquisidores aconselhavam que na “acusação geral” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 397) e no inquérito, as pessoas se pronunciassem como informantes e não como acusadores, na presença de duas testemunhas ‘religiosas e prudentes’, para que houvesse justiça. A promotoria podia utilizar como ‘provas’ pessoas sem fé, hereges e bruxas, uns contra os outros; da mesma maneira, familiares contra o/a acusado/a. A defesa não podia convocar estas pessoas como prova; inimigos mortais não podiam ser utilizados como testemunhas. A acusada deveria ser convencida a confessar seu crime de bruxaria sob pena de ser condenada à morte, caso não confessasse. Todavia, uma vez confessado o crime, a pena estabelecida era, geralmente, a fogueira. E, também eram necessárias testemunhas para a garantia do cumprimento da punição. Nesse caso, o povo “era convocado para assistir às exposições, às confissões públicas; os pelourinhos, as forcas, [as fogueiras] e os cadafalsos eram erguidos nas praças públicas ou à beira dos caminhos [...]. As pessoas não só [tinham] que saber, mas, também, ver com os próprios olhos” (FOUCAULT, 1999c, p. 15) a verdade que não podia manter-se em segredo. O suplício não só [revelava] a ‘verdade’ [da pouca fé ou de sua inexistência] como tornava a punição necessária à relação verdade-poder. A punição era, então, colocada em cena para que se tornasse pública e se inscrevesse nos corpos toda a forma de humilhação e sofrimento. Entretanto, quando a punição era a sentença de morte, tinha sua execução protelada quando a mulher não confirmava sua confissão de culpa ou estava grávida. Dessa forma, as bruxas só eram queimadas quando estavam menstruadas, pois poderiam estar grávidas, e a Inquisição se resguardava da possibilidade de estar matando um ‘inocente’: alguém que poderia ser criado no caminho da ‘verdade’.

Durante a Inquisição, o magistrado constituía, isoladamente e com pleno poder, uma verdade com a qual investia o acusado “sob a forma de peças e relatórios escritos” (FOUCAULT, 1999c, p. 32) que, sozinhos, comprovavam a culpa, sem que o acusado tivesse acesso ao processo, sem que conhecesse a identidade dos denunciadores, sem que tivesse direito a um advogado. A partir do séc. XVIII, tecnologias como a da confissão, utilizadas durante a Inquisição, tornaram-se instrumentos privilegiados do mecanismo Penal, onde o acusado, através da assinatura da confissão, atesta a verdade da informação que foi construída de forma a torná-lo culpado. A confissão, cuja assinatura era passível de ser conseguida sob coerção, foi considerada, nessa época, a principal, “notória e manifesta” (p. 35) prova do crime, mas não a única a justificar uma condenação. Grande parte das

penas resultantes do processo judicial eram “não corporais” (p. 30). Como “a exposição, a roda, a coleira de ferro [...], o banimento [...] as galeras ou seu equivalente para as mulheres: a reclusão feminina aos hospitais” (p. 31). Com a disseminação das instituições de confinamento, a partir do século XVIII, entre elas o hospital, surgiram “técnicas médicas brutais, do tipo: ande, conte-nos sua história, conte-a por escrito..”. (FOUCAULT, 1999a, p. 263). E, junto com a clínica obstétrica, o sexo da mulher começa a adquirir importância social “com os problemas correlatos da maternidade e do aleitamento” (p. 266), fazendo com que o seu corpo se tornasse um corpo interessante à investigação através de procedimentos técnicos (exames, interrogatórios, observações, entrevistas) que incitam aos atos de fala ou confissão e supõem alguém que escuta. Tais confissões produzem “verdades” não apenas a quem ouve, mas, também, ao sujeito que fala; o que ouve precisa examinar o que lhe é dito para poder julgar, punir, perdoar, curar, consolar, classificar ou diagnosticar o outro. A confissão e o exame tornam-se, então, obrigatórios em ambos os sujeitos, confessor e confesso, profissional e usuário da saúde. Uma prática “imposta a partir de tantos lugares diferentes e tão profundamente incorporada que não a percebemos mais como efeito de um poder que nos coage” (FOUCAULT, 1999b, p. 60) e que constitui um sujeito de práticas próprias. Entre o profissional e o usuário é preciso, então, que se estabeleça uma relação de confiança que assegure os segredos confiados. Isso caracteriza tal relação como algo individual e singular e não uma repetição das práticas e das histórias, mas a exclusividade de cada atendimento. Supõe-se, então, que o profissional receba treinamento para realizar julgamentos clínicos adequados, ter a liberdade para decidir e a responsabilidade para agir (BERLINGUER, 1993) em questões de saúde da população que recaem, obrigatoriamente, no indivíduo. O treinamento indicado aos profissionais para que as escolhas possam ser efetuadas, conforme preceitos do programa de humanização, são práticas modificadas a partir das

técnicas cristãs de exame, de confissão, de direção de consciência e de obediência [que] têm uma finalidade: levar os indivíduos a trabalhar na sua própria “mortificação” neste mundo. A mortificação não é a morte, certamente, mas renúncia a este mundo e a si mesmo: uma espécie de morte cotidiana. Morte que é considerada por dar a vida no outro mundo (FOUCAULT, 2003, p. 369).

A consulta⁶⁶ entre profissional e usuário é uma prática ‘científica’ que tem um propósito preestabelecido e socialmente reconhecido. No caso da obstetrícia, as mulheres são levadas a entregar seu corpo para que seja salvo da morte e das limitações que a gestação pode provocar. Para isso, são prescritas dietas específicas, atividade física adequada, hábitos de vida saudáveis, medicamentos, exames, tipos de parto e outras. Entretanto, a proposição (imposição) de disciplinamentos de vida, conforme tais preceitos estabelecem uma **cumplicidade** em torno da autoridade técnica implicada nessa relação.

Uma expressão da articulação entre confissão e cuidado do profissional, religião e ciência é encontrada no relato de um médico, num texto de 1922, que diz:

[...] animaria a mulher por todos os meios que me fossem possíveis; lhe faria ver que por meio da operação cesariana ela poderia salvar a sua vida e a do seu filho; falar-lhe-ia dos exemplos de mães heróicas que se resignando a sofrer pelo interesse da vida de seus filhos, Deus as tinha recompensado permitindo que ambos se salvassem. Aconselharia a família e particularmente seu marido, que lhe falassem no mesmo sentido, encorajando-a a praticar aquele grande ato de heroísmo próprio de uma verdadeira mãe. Não esqueceria de chamar em concílio os conselhos de um padre, que devia fazer ver a mulher em confissão, ou em simples conversa, as tristes conseqüências que sua teima poderia ter a respeito de seu inocente filho, que iria morrer sem a graça do batismo. Com esses meios seria muito difícil que uma mãe digna desse nome não se resignasse a sofrer a operação (SOUZA, 1998).

A salvação do corpo obriga à confissão do que é necessário confessar, tornando-se um objeto de cuidado visível e, portanto, perigoso, que precisa do cuidado compartilhado entre profissional e usuário. O confessado, agora objetivado - em perigo ou perigoso - precisa ser decifrado, detalhado, tratado e enfrentado diariamente por milhares de gestantes e profissionais que, porém, fazem do ato confessional uma prática de nuances variadas, não repetitivas, individualizadas, singulares. Daí a importância que é dada à confiança entre profissional e gestante, para que sua história e exame físico sejam obtidos e realizados de modo a tornar mútua a responsabilidade pela assistência. Não se trata apenas de uma confissão; trata-se de um inquérito, ou ainda, de uma anamnese, que torna a manifestação verbal do usuário uma verdade a ser codificada pelo profissional. Por isso a necessidade de treinamento desse profissional e de informações à usuária: para que o tempo seja economizado e otimizado durante a consulta; na coleta ou transmissão das informações a mulher; para que não sejam utilizadas práticas desnecessárias; para que sejam evitados

⁶⁶ “‘Prática médica’ [entre elas a consulta] assume aqui o sentido de um tipo de prática dominante entre os profissionais da saúde, sejam eles médicos ou não. É sabido o quanto [...] a posição que ocupam frente aos pacientes, a linguagem que utilizam e o lugar privilegiado que ocupam nas instituições de saúde, acaba por se irradiar entre os demais profissionais” (RIBEIRO, 2002).

gastos com intercorrências que podem ser evitadas ou prevenidas e para que a consulta seja, enfim, uma estratégia do poder.

Isso pode tornar-se possível, ao acionarem-se estratégias relacionadas à política de ‘humanização do parto’. Assim, é editado o Componente II (BRASIL, 2001c) que preconiza “o incremento técnico, operacional e de equipamentos aos hospitais públicos e filantrópicos do SUS, que realizam assistência obstétrica e neonatal”, que tem como objetivos específicos relacionados aos profissionais

melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS; modernizar as relações de trabalho nos hospitais públicas, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais públicos para o novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos de atendimento como também as crenças e o estilo de vida do paciente, a subjetividade e a cidadania; estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos, experiências e pesquisas em humanização da assistência hospitalar; fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os administradores, os profissionais de saúde e os usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2002a, p. 6-7).

Tais objetivos supõem a produção de “um conjunto de parâmetros de resultados e um sistema de incentivo ao serviço de saúde humanizado” que sirvam de medida ao que é produzido como parto e nascimento saudáveis e o que deve se direcionar a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. A operacionalização desses parâmetros toma por critério duas listas ou instrumentos da biopolítica para ordenamento do atendimento ao usuário’ e ‘para a humanização do trabalho dos profissionais’.

Os parâmetros para atendimento ao usuário deveriam garantir

condições de acesso e prestação dos serviços (incluindo um sistema de marcação de consultas; tempo de espera para atendimento, acesso de acompanhantes e visitas, sistema de internação, sistema de marcação, realização e resultados de exames); qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital (adequação/criação de áreas de espera, sinalização das áreas e serviços do hospital, instalações físicas e aparência do hospital, equipamentos, refeições, meios para efetivação de queixas e sugestões, espaço de recreação e convivência dos pacientes); clareza das informações oferecidas aos usuários (identificação dos profissionais, informações aos familiares sobre o atendimento do usuário, informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde, informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade); qualidade da relação entre usuários e profissionais (eficiência, gentileza, interesse e atenção, compreensão das necessidades dos usuários, informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento, privacidade no atendimento) (BRASIL, 2002b).

Tais parâmetros fornecem subsídios para que os usuários requeiram atendimento conforme estabelecido nesses critérios; uma atenção de saúde que pode ser controlada pelo usuário através de suas ‘queixas e sugestões’ – confissão - e, com isso, possibilitar a identificação dos profissionais em relação ao atendimento prestado, fazer encaminhamentos que esquadrinham e distribuem os usuários conforme suas necessidades evidenciadas e que, ao individualizar cada situação apresentada, permite ao Estado, o planejamento de suas políticas.

Já, os parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais preconizam a

gestão hospitalar e participação dos profissionais (oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados, oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários, manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho, oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências, aplicação sistemática de normas de trabalho); **condições de trabalho na instituição** (áreas de conforto, segurança, equipamentos e materiais, higiene); **condições de apoio aos profissionais** (transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital, refeitório, área de descanso e convivência, atividades recreativas e/ou sociais, programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais, cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional, cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários); **qualidade da comunicação entre os profissionais** (canais de informação e resolução de problemas e necessidades, canais de informações oficiais da administração do hospital, canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades); **relacionamento interpessoal no trabalho** (confiança, integração grupal, cooperação); **valorização do trabalho e motivação profissional** (respeito, reconhecimento, motivação, realização, satisfação) (BRASIL, 2002b, grifos meus),

que se referem ao estabelecimento de um modo de comunicação entre o profissional e os órgãos gestores da ‘política de humanização’. Ambos os parâmetros - ‘para atendimento ao usuário’ e ‘para humanização do trabalho dos profissionais’ - iniciam-se no pré-natal e procuram garantir que sejam realizados “procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evitem as intervenções desnecessárias e que preservem sua privacidade e autonomia” (BRASIL, 2001b, p. 9). Um sistema assim pensado prevê que as informações prestadas com clareza sobre prevenção de doenças, educação em saúde e informações sobre outros serviços disponíveis na comunidade com ‘qualidade, eficiência, gentileza, interesse, atenção, compreensão das necessidades, informações quanto a diagnóstico, tratamentos, encaminhamentos e privacidade no atendimento’, referidas nos parâmetros anteriormente citados, produzam “a experiência clínica pessoal de cada profissional” (SCHRAIBER, 1993). As listas que constituem os parâmetros relacionados descrevem, então, medidas que produzem uma atuação profissional em um determinado local e com determinada clientela, enquadrados em determinadas práticas. Parâmetros que,

se não forem seguidos, colocam em perigo as práticas consideradas necessárias ao atendimento do usuário, pois não contemplam uma forma de trabalho ‘salutar’, ‘produtiva’, ‘prazerosa’, cientificamente comprovada como necessária aos profissionais e que, se não atendidos, prejudicariam o trabalho de assistência ‘humanizada’. A forma como esses parâmetros são descritos possibilita ampla gradação dos mesmos porque não são estabelecidos seus limites, o que coloca a ‘evidência científica’ desses critérios ao sabor de julgamentos pessoais e capacidade de decidir sobre o que é mais adequado para o trabalho do profissional. Advém de tudo isto que um modo mais adequado para o trabalho do profissional, implicaria uma ética tal qual descreve Deleuze (2000), ou seja, uma ética enquanto “um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica” (p. 125) e que constitui o profissional em saúde de um jeito ou de outro.

3.3.1 Produção das práticas de parto: dos cirurgiões às práticas de ‘humanização’

O conhecimento ‘disponível’ é o científico que, na perspectiva do pensamento moderno, é algo já existente no mundo, capturado e sistematizado pelo humano. Tal sistematização é feita mediante escolhas entre o bem e o mal e, por isso, precisa ser colocado à prova. Os resultados das múltiplas testagens desse conhecimento lhe conferirá o estatuto de científico e, conseqüentemente, de ‘verdade’. Um conhecimento assim constituído, também separa o pensamento do corpo: o pensamento circula difuso entre homens e mulheres e determina as práticas sobre os corpos. Assim determinado, o pensamento em forma de práticas sobre o parto, chega ao Hospital Maternidade com Ambroise de Paré⁶⁷ (MARQUES, 1982, p. 16).

Até o século XVI, os médicos eram, em sua maioria, mantidos pela Igreja, prestando serviços caritativos; poucos eram pagos por governos como o do município ou da nobreza. Aliás, a manutenção e a vida de cada homem, assim como sua riqueza, estavam na razão direta de sua fé, pois era pelo reconhecimento da fé que Deus recompensava o homem com riquezas. Portanto, a medida da riqueza do homem era a medida de sua fé e não de seu trabalho; este era realizado por seres considerados ‘não

⁶⁷ Ambroise de Paré (1509-1590) é considerado o re/introdutor ou restaurador da cirurgia. Iniciou suas atividades em Paris como barbeiro e chegou a cirurgião do rei. Serviu, até o final de sua vida, a quatro monarcas no exercício deste ofício: Henrique II (1552) e seus sucessores Francis II, Charles IX e Henry III.

humanos' ou de pouco valor: escravos, bárbaros, servos. Assim, os médicos, na maioria clérigos, afastavam-se não apenas do trabalho, mas também do sangue e das secreções que sujavam suas vestes, julgando tais fluidos impurezas. “Envolto no negro talar sacerdotal, e, exprimindo-se em latim, desprezava o trabalho manual, fugindo do sangue (*Ecclesia abahorret a sanguine*), abominando a cirurgia, que o iria obrigar a arrepanhar a majestade das vestes, maculando-se na sangria degradante” (REZENDE, 1998, p. 11).

Na Paris do século XVIII esse horror ao sangue é expresso por todos os cirurgiões que queriam elevar-se à condição de médicos na Faculdade de Medicina, cabendo-lhes a declaração solene de não praticar a cirurgia para que a dignidade dos médicos pudesse se manter pura e intacta. O horror ao sangue mantinha os médicos na posição de ‘orientadores’ dos práticos, boticários e parteiras. Todavia, é da voz de outro cirurgião, Guillemeau (1550-1609), discípulo de Paré, que se produz a insurgência contra as parteiras e a concomitante conclamação para que os cirurgiões apliquem-se ao estudo da obstetrícia (REZENDE, 1998). Contudo, as atribuições da obstetrícia e da cirurgia ao obstetra só se generalizou a partir da metade do século XX.

Foi, também, na época de Guillemeau que a medicina passou de ‘missão divina’ a modo de subsistência. As parteiras⁶⁸, principais acompanhantes da mulher no parto, dos cuidados prestados no pós-parto imediato e durante todo o período da ‘quarentena’, começaram a ter negada a validade do seu saber.

Entretanto, o sangue feminino, “sinônimo de poder feminino e dominação sexual”, (PRIORE, 2000, p. 102). Em 1734, tornava difícil a aceitação das práticas de parto pelos médicos. Nessa época, Bernardo Pereira prescreve terapias para combater a ação fulminante provocada pelo sangue proveniente dos fluxos vaginais, recomendando o uso de vomitórios e laxativos que eliminassem tal veneno,

por que é tal a maldade do dito sangue que até nos casos insensíveis faz efeitos e danos lamentáveis. Se chega a qualquer árvore, planta, erva ou flor, a murcha e

⁶⁸ Período de quarenta dias contados a partir do parto, quando a mulher deveria manter ‘resguardo’, alimentar-se com caldo de galinha e restringir os cuidados de higiene (não tomar banho e não lavar os cabelos). Nos dias atuais, esse período constitui-se no ‘puerpério legal’, tem a duração de seis semanas e, nele foi constatada uma grande incidência de infanticídios. Infanticídio é definido no artigo 123 do Código Penal Brasileiro, nos seguintes termos: “matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho durante o parto ou logo após. Pena: detenção, de dois a seis anos” (BRASIL, 1940). Há uma discussão para que esse período passe a denominar-se ‘estado puerperal’ e ser definido como uma perturbação psicológica que ocorre entre a dequitação e a volta do organismo materno às condições normais. Recentemente foi constatado que 88,2% das mulheres estudadas que cometeram infanticídio no Rio de Janeiro, eram solteiras; 94,1 % delas mantiveram a gravidez em segredo (94,1%) e todas tiveram partos não assistidos (Mendlowicz, 1999). Spinelli (2001) constatou que todas as mulheres de seu estudo apresentavam negação da gestação, parto não assistido e mantido em sigilo.

seca; se chega ao leite, o corrompe, se chega ao vinho, o perde, se chega no ferro, o embota e enche de ferrugem; até a vista dos olhos das mulheres que estão no atual fluxo mensal é tão venenosa que embota a gala e resplendor dos espelhos das mulheres que neste tempo se enfeitam a eles; é tão notório este dano, que era proibido no Levítico que os homens tivessem ajuntamento com suas mulheres em dias de menstruação” (p. 102).

Com o passar do tempo, as disputas entre esses saberes evidenciaram-se através das práticas institucionais que regulavam e normalizavam o ensino obstétrico, como o hospital ou a escola. Um dos pontos culminantes dessas disputas aconteceu no início do século XX, com a emergente especialidade obstétrica nos Estados Unidos. Necessitando de mulheres gestantes para o ensino da obstetrícia, os hospitais produziram-se como locais onde os partos deveriam ocorrer. Concomitantemente, o trabalho domiciliar das parteiras e suas ‘unhas sujas’ foram relacionados à disseminação de doenças e à morte durante o parto. Desse modo, “a prática da parteira tradicional é associada à idéia de falta de higiene e subdesenvolvimento” (OSAVA, 1997, p. 22).

A patologização do parto foi uma das condições de possibilidade à intervenção médica e à invenção da obstetrícia científica. Começou a ser produzida a normalização do parto a partir dos estudos e discussões sobre o normal e o patológico; gestação e parto normal passaram a ser consideradas exceções e, por isso, necessitar de intervenções médicas. “A entrada em cena dos médicos e seus instrumentos colocou as parteiras em segundo plano e marginalizou a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcavam o nascimento” (OSAVA, 1997, p. 29). No início do século XX, os médicos “achavam que a atenção ao parto só deveria ser permitida para pessoas qualificadas [parteiras sob seu treinamento e supervisão, mas preferentemente, médicos obstetras] que tivessem como retaguarda médicos clínicos e cirurgiões” (MARQUES, 1982, p. 19), porque “O médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico que é do mesmo tipo que o do químico ou do biólogo; eis o que permite a sua intervenção e a sua decisão” (FOUCAULT, 1999a, p. 123). Um discurso que produziu a principal verdade a se expandir a partir do século XIX, obscurecendo a cena do parto em que o saber das mulheres luzia e colocava em cena outros saberes e maquinarias, com seus instrumentos e instalações.

3.3.2 Virgem Maria: o verbo se fez útero

Os enunciados *Iesus+Nazarenus+Rex+Iudaerum* asseguravam proteção de lugares, homens ou animais, podendo ser associados ao nome da Virgem Maria ou “o verbo se fez

carne” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 202). Foram, também, considerados os melhores remédios contra os males do corpo e da fé, durante o parto, na Idade Média. A partir desse período, a assistência ao parto passou a ser questionada enquanto atividade feminina exclusiva.

Foucault (2002) afirma que, com a emergência dos discursos acerca da Virgem Maria, impunha-se o saber sobre o útero até então desprezado. Para a Igreja, o útero era um local fechado, onde nenhum homem poderia ter acesso, pois Deus, nele havia habitado (BROWN, 1990, p. 292). Junto aos demais órgãos sexuais, o útero fazia parte do tradicional pensamento da Antigüidade sobre as mulheres: seres particularmente desprezíveis, de comportamento depravado a quem um mestre do saber não se permitia falar. Com o reconhecimento de Maria e do casamento como evento sagrado, a mulher surge como um ser sem vícios e sem sensualidade; a matriz, ou útero, antes fonte de todo mal e da bruxaria, passou a ser reconhecido como “o mais amável, augusto, santo, e milagroso templo do universo” (FOUCAULT, 2002, p. 87). A mulher tornou-se venerável e “a inclinação que os homens têm pela matriz das mulheres deixou de ser esse gosto pela lubricidade para ser uma espécie de ‘sensível preceito divino’” (p. 87).

A guarda e a conservação dos bens da casa e da descendência pela mulher têm, no cristianismo, uma prática habitual. Com a sacralização da mulher “pela religião, pelo matrimônio, e pelo sistema econômico de transmissão de bens” (FOUCAULT, 2002, p. 86), foi necessário conhecer a primeira morada de todo o ser humano, expô-lo ao exame, impondo-o como órgão ou tecnologia feminina. Foucault, na mesma obra, refere-se a um relatório do ano de 1601, escrito pelo médico chamado Duval, no qual são apresentadas descrições do que chama “rudimentos de uma clínica da sexualidade” (p. 86) e que articula diretamente o

tema da sacralização religiosa e econômica da mulher e o tema, mercantilista, estritamente econômico da força de uma nação, ligado ao tamanho da sua população. As mulheres são preciosas porque reproduzem; os filhos são preciosos porque fornecem uma população, e nenhum ‘vergonhoso silêncio’ deve impedir que se conheça o que permitirá, precisamente, salvar essas existências (p. 87-88). [...] é necessário conhecer a matriz (87).

Tal descrição encerra um fato, uma descrição e também uma teoria sobre o silêncio dos médicos sobre os órgãos sexuais e sobre a necessidade de explicitá-los cientificamente. A partir do conhecimento do útero produz-se a possibilidade de regular o nascimento, diminuir as dores das mulheres e evitar que tanto as mulheres quanto suas crianças morram em consequência de gravidez. Pode-se dizer que o conhecimento do útero foi um “investimento sobre o corpo vivo” (FOUCAULT, 1999b, p. 133), indispensável para a

“valorização e gestão distributiva” (p. 133) das forças desse corpo. Esse conhecimento produziu, um poder que Foucault denomina poder de “**causar** a vida ou **devolver** à morte” (p. 130, grifos meus), ou seja, um ‘biopoder’ que se investe sobre os indivíduos como forma de garantir o controle das populações. Um ‘biopoder’ que substituiu o direito de **causar** a morte ou **deixar** viver produzindo, para isso, um conhecimento cujo poder não é nem global nem local, mas infinitesimal.

Portanto, a discussão sobre a ‘humanização’ do parto e nascimento, além das práticas a eles relacionadas, passa, atualmente por uma outra grande discussão: a luta entre categorias profissionais que prestam assistência à saúde da população, que busca o reconhecimento e a legitimação de suas atividades junto à sociedade. Tal luta torna-se mais visível a partir do movimento nacional da categoria médica, que advoga para si a exclusividade das ações de saúde realizadas diretamente aos humanos, através do que denomina ‘ato médico’. Esse movimento faz tramitar o Projeto de Lei nº 25/2002 (BRASIL, 2002d), sobre o ‘ato médico’, atualmente no Senado, em cujo texto os odontólogos são colocados como exceção ao exercício ilegal da medicina. É na arena pela atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal e, em especial ao pré-natal e ao parto, que, entre outros profissionais, a enfermeira obstétrica se defronta com a categoria médica (SENADO, 2002).

Nas notícias divulgadas no portal do Conselho Regional de Enfermagem - seção RS, (COREN-RS, 2002), a questão considerada mais polêmica na votação do projeto de lei, ocorrido em 20 de novembro de 2002, foi a amplitude das atribuições conferidas ao Conselho Federal de Medicina. Para o senador Jefferson Peres do PDT do Amazonas, um órgão corporativo não tem a competência de determinar o que é exclusivo de sua profissão, pois isto fere o “princípio constitucional básico que dá competência ao Congresso de legislar”. O senador pelo PMDB do Paraná, Roberto Requião, afirmou que “o projeto é corporativo e inconstitucional, extrapolando os limites da racionalidade e estabelecendo privilégios absurdos”. Dentro da própria profissão médica não há consenso quanto ao tratamento que o Conselho Federal de Medicina dá ao ‘ato médico’. O médico e deputado federal pelo PT, Dr. Rosinha (JORNAL DO CRM/RJ, 2002), entende que o caráter de tal projeto é o de ‘preservação de mercado’ para os médicos e não de garantia da atenção da saúde e da cidadania.

Em entrevista concedida à *TV Com*, no mês de outubro de 2003, mediada por Lasier Martins, os representantes⁶⁹ de entidades da Enfermagem, da Medicina e do Governo tiveram como foco de discussão a atuação das enfermeiras nos Postos de Saúde da Família (projeto do governo federal). Práticas de diagnóstico e prescrição de enfermagem, entre as quais as de alguns medicamentos, têm o respaldo do Estado e de leis, há décadas, porém têm provocado gritos de desgosto das instituições médicas que as incluem no chamado ‘ato médico’ e, daí, como exercício ilegal da medicina. No seguimento do programa e das discussões, a representante da enfermagem disse se sentir como alvo de uma tentativa pública de desqualificação, perpetrada pelos dois presidentes médicos, semelhante a um inquérito medieval quando a população e, principalmente as mulheres, deviam responder à Santa Inquisição, ser julgada, condenada por ela e, ao final, execrada perante a comunidade. Todavia, a desqualificação paulatina da atividade das parteiras aparece em descrições da Idade Média, da Modernidade e da atualidade. Contudo, as discussões sobre o ‘ato médico’ na atualidade envolvem diversas categorias profissionais. No caso do parto, o Projeto de Lei nº. 25/2002 (BRASIL, 2002d) tenta, inclusive, tornar o ‘parto normal’ uma atividade privativa do médico.

A afirmativa de que “o parto em nossos dias deve ser considerado basicamente um ato médico” (CAMANO, 2002) é a resposta do presidente da Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Parto e Tocurgia da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, ao artigo do presidente do Conselho Federal de Enfermagem, “O parto é normal” (LINHARES, 2002), publicado em jornal de Santa Catarina, em abril de 2002. Entretanto, a única lei que outorga a assistência ao parto e pré-natal normais é a de n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (COREN, 1986), referente ao exercício profissional dos enfermeiros. Além disso, há a portaria de MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998 (BRASIL, 1998a), que adiciona à tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra” (BRASIL 2001b, p. 23). O Ministério da Saúde afirma que essa portaria “tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto” (p. 23). É criada, também, a portaria nº 985/99 que cria o Centro de Parto Normal – CPN (BRASIL, 1999a), no âmbito do SUS, “objetivando a diminuição dos óbitos evitáveis” cuja especificação de equipe mínima não inclui, mas também não exclui,

⁶⁹ Presidente do Conselho Regional de Enfermagem, Loraine Braga do Nascimento; presidente do Conselho Regional de Medicina, Marco Antônio Becker; presidente do Sindicato Médico do RS, Paulo de Argollo Mendes; Secretário Municipal da Saúde da cidade de Porto Alegre, Joaquim Kliemann.

a figura do médico, ficando constituída por “um enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância” (BRASIL, 1999a) e cuja administração e assistência aos partos nela realizados é de responsabilidade da enfermeira obstetra.

Com a criação dos Centros de Parto Normal, houve necessidade de acrescentar à tabela de pagamentos do SUS, especificações relativas ao prestador de serviço, custos, tipo de assistência prestada e locais onde tais práticas ocorrem. Por isso, o Ministério da Saúde, no sentido de “Melhorar as condições de custeio da assistência ao parto nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS” (BRASIL, 2001c) resolve alterar o valor, a forma de remuneração da assistência ao parto. Isso se deu com o pagamento de um adicional sobre o valor já pago aos locais “que prestarem assistência ao parto das gestantes cadastradas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que tenham o acompanhamento completo” (BRASIL, 2001c).

Os valores pagos ao parto foram corrigidos no final de 2002, integrando as informações contidas na tabela que relaciona a classificação dos tipos de parto e competências dos profissionais envolvidos no mesmo, conforme portaria 985/99 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999a).

Assim, a política ‘de humanização do parto’, ao produzir essas e outras portarias e leis que buscam normatizar a assistência ao parto, configura-se como parte da descrição das lutas por um discurso sobre o que pode, quem pode e o que deve ser praticado. Foucault (1999a) afirma que

cada luta se desenvolve em torno de um foco particular de poder. [...] E se designar os focos, denunciá-los, falar deles publicamente é uma luta, não é porque ninguém ainda tinha tido consciência disto, mas porque falar a esse respeito - forçar a rede de informação institucional, nomear, dizer quem fez, o que fez, designar o alvo - é uma primeira inversão de poder, [...]. O discurso de luta se opõe ao segredo (p. 75).

Na história dessa “mudança de mãos” produzida na obstetrícia sobre o direito de assistir ao parto, encontram-se descrições de um período em que o parto é narrado como evento solitário, comparado a outras fêmeas mamíferas. No entanto, a invenção da obstetrícia é considerada a partir das descrições em que a mulher passa a ser acompanhada nesse acontecimento. E a invenção da obstetrícia enquanto disciplina, descrita junto à criação das Ciências do Homem, tem seu começo nas técnicas disciplinares de poder: entrevistas, observações, testes e interrogatórios, o exame obstétrico, o controle da gestação, da gestante e das pessoas que a cuidam.

Entre as histórias da obstetrícia e seus inúmeros começos, Rezende (1998) mostra que a palavra (obstetrícia) é latina e originária do verbo *obstare* (ficar ao lado ou em face de), derivando para *obstetrix* que significa “mulher assistindo a parturiente” ou “mulher que está ao lado, assistindo a parturiente” (p. 1). Palavras gregas similares e menos utilizadas são ‘tocologia’ e ‘maiêutica’ cuja raiz - *maia* - é traduzida por parteira, ama ou avó. O termo ‘obstetrícia’, escrito em latim, também aparece na bíblia, mas só passa a ter uso mais freqüente no início do século XIX, sendo “obrigatório pedir desculpas ao se pronunciar a palavra obstetra” (REZENDE, 1998, p. 1). Os praticantes da obstetrícia, enquanto medicina ‘oficial’⁷⁰, preferiam ser chamados pelo termo francês “*accouchers*”⁷¹ (MARQUES, 1982) em vez de obstetra. No entanto, desde o século XVI se produzem tratados sobre o parto, dirigidos especificamente às parteiras. O momento do parto tinha, historicamente, a garantia do auxílio feminino e a interdição não só do auxílio como também da presença masculina. Até o século XIX, o não ingresso dos homens nas práticas do parto só era quebrado por narrativas de casos desesperados, quando se apelava para o critério masculino, que indicaria “a escolha dos meios pelos quais [se deveria] sacrificar o feto com o fim de salvar a mãe” (SOUZA, 1998, p. 280). Outra situação que exemplifica a interdição masculina ao parto é relatada por Marques (1982) e também por Rezende (1998) quando Wertt, um médico de Hamburgo do século XVI, se vestiu com indumentária feminina para poder assistir a uma parturiente. Por tal ‘crime’, foi condenado a ser queimado vivo na fogueira.

3.3.3 O confinamento do parto

Entre os recursos estreitamente relacionados à racionalidade científica adotada para a prática do ‘parto humanizado’ distingue-se um local predominante: o hospital. A abordagem científica da gestante nele instituída inicia-se com o crescimento das populações urbanas, nas quais se operaram mudanças importantes na forma de governo, mediante a sistematização da circulação de informações em áreas de confinamento.

Os efeitos da ciência sobre a gestação a transformaram em algo que pode, deve aparecer e ser estudada, constituindo, no Brasil, a rede hospitalar que dá suporte aos nascimentos através do SUS, com 4.757 unidades que atuam em níveis diferentes de complexidade. Essa rede de atendimento faz parte do discurso científico que pode, então,

⁷⁰ Exercida por médicos reconhecidos.

⁷¹ *Accouchers*: do francês, parteiros.

colocar as práticas relacionadas à gestação como um de seus focos mais cintilantes. Além dos hospitais, há sete casas de parto distribuídas em todo o Brasil: Casa de Sapopemba e Casa de Maria (com capacidade para atender 200 partos ao mês) na cidade de São Paulo/SP. Esta última fica próximo ao hospital Santa Marcelina, que atende, em média, 450 partos ao mês. O Centro de Parto Normal David Capistrano Filho, também conhecido como casa de parto Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG; Casa de Juiz de Fora, na cidade de Juiz de Fora/MG (a terceira colocada em funcionamento no país) ambas em funcionamento desde dezembro de 2001; a Casa do HUB (Hospital Universitário de Brasília), Casa de Igaci, e a casa de parto do Realengo, na cidade do Rio de Janeiro/RJ.

Na política de ‘humanização do parto’ a procura sobre o que é uma boa assistência ao parto normal e os caminhos a serem percorridos para um resultado seguro em qualquer parto “não é um apelo em favor de nenhum local particular para o parto, pois [há] uma variedade de locais adequados, desde o domicílio até o centro de referência terciário” (OMS, 1996, p. 2). Entretanto, o documento afirma que o ponto inicial para esse tipo de escolha é a avaliação de risco. A avaliação do risco é, então, instrumento que produz indicadores que determinam um modo de gerenciamento dessa população.

É nesse ponto que a grande divisão entre normal e anormal entram, novamente, em cena, nessa tese, a partir do Guia de Assistência ao Parto Normal.

Tal guia mostra a relativa simplicidade de avaliação dos fatores de risco ao determinar-se a idade, altura e paridade da mãe, ao indagar-se sobre complicações existentes em sua história obstétrica anterior - indicando cesarianas e mortes fetais anteriores como exemplos – ou atual, citando a pré-eclâmpsia, a gestação múltipla, a hemorragia, a posição anormal ou anemia severa. Além dessa classificação, a avaliação de risco pode diferenciar níveis de risco como baixo risco, médio risco e alto risco. A eficácia decorrente da classificação de tais níveis de risco é medida “por sua capacidade de discriminar entre mulheres de alto e de baixo risco, ou seja, por sua sensibilidade, especificidade, e valores preditivos positivos e negativos”, o que o próprio guia avalia como discutível, considerando a dificuldade de se obter números exatos sobre o desempenho discriminatório de tais escores. Porém, ‘conclui’ que há possibilidade de distinguir razoavelmente entre gestações de alto e baixo risco em qualquer país, ao serem adotados os critérios de avaliação prescritos. Considera que estudos realizados em países desenvolvidos estabeleceram que, tanto durante o pré-natal quanto durante o trabalho de parto, o percentual de encaminhamentos de gestantes a locais referenciados para assistência mais complexa é de 20%.

Mesmo considerando importantes os critérios adotados na abordagem de risco, o documento salienta que “nem assistência pré-natal nem a avaliação de risco de alta qualidade substituem uma vigilância adequada da mãe e do feto durante o trabalho de parto” (p. 3). Com essa afirmativa, o guia não desconsidera a assistência pré-natal e a avaliação de risco realizada numa primeira abordagem, mas chama a atenção para a importância da atualização constante, da avaliação continuada ao longo da gestação e do trabalho de parto para que, a qualquer momento, possam ser detectadas alterações que se desviem da norma e induzam tanto prestador de serviços quanto mulher ao encaminhamento ou procura de nível mais complexo de assistência. A necessidade de atualização permanente é uma das estratégias do biopoder que garante a governamentalidade.

O discurso do risco faz com que governo e população pensem na assistência ao normal como uma assistência de risco e, portanto, médica. Assim considerada, dificilmente a assistência à saúde poderá abranger a população tão amplamente quanto descrito nas metas governamentais. Surgem riscos advindos da falta de leitos obstétricos e neonatais, dificuldades na gestão das consultas ao pré-natal, de medicamento e pessoal disponíveis na rede pública. O crescimento populacional transformou a sociedade moderna em sociedade confinada à instituições, entre as quais as de saúde, que avaliam e procuram controlar permanentemente o risco.

O confinamento possibilitou a organização dos indivíduos em espaços fechados, distribuindo-os para melhor supervisionar seu disciplinamento, de acordo com o princípio de presenças e ausências que, ao ser estabelecido, dita que a cada indivíduo seja destinado um lugar e que em cada lugar haja um indivíduo (DREYFUS; RABINOW, 1995). Dessa maneira, o hospital se torna um espaço fechado, onde se pode obter resultados adequados ao governo do parto através da definição de práticas que devem ser utilizadas junto à população de gestantes e a localização dessas mulheres, profissionais e familiares num espaço ordenado onde as funções são distribuídas a cada sujeito e a cada lugar.

Desse modo, o ‘programa de humanização’ contabiliza um atendimento hospitalar ao parto a mais de 95% da população brasileira (OMS, 1996), utilizando materiais específicos e pessoal treinado. Ao reportar-se à Pesquisa⁷² Nacional sobre Demografia e

⁷² A pesquisa coordenada pela BENFAM, contou com apoio da Macro International, do Ministério da Saúde-COSAD/COSAM (Coordenação de Saúde do Adolescente e da Criança e Coordenação de Saúde da Mulher) e INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), UNFPA (Fundo das Nações Unidas para a População) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Tal pesquisa faz parte do programa mundial de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS).

Saúde (BEMFAM, 1996), o manual sobre Parto, aborto e puerpério... (BRASIL, 2001b) mostra que os percentuais de assistência ao parto hospitalar no SUS foi, em média, 90,98% (p. 19), ocupando o segundo lugar no item “impacto financeiro” e o procedimento mais freqüente nos hospitais.

A preocupação com o impacto financeiro é descrita no interesse do governo em “fazer mais eficiente o uso dos recursos humanos disponíveis [de maneira que] cada proposta de cuidado durante a maternidade [seja] realizada por pessoas treinadas e capazes de prover atendimento de forma segura e efetiva” (OMS, 1996, 7). Assim expressa, a palavra ‘humano’ está intimamente relacionada à utilização do indivíduo enquanto instrumento para a manutenção da vida e da segurança. Outro segmento do texto afirma que, “em muitos países em desenvolvimento, o parto passou de um processo natural a um procedimento controlado mudando-se do domicílio para o hospital ao mesmo tempo em que grande parte do calor humano foi eliminada” (p. 10).

O termo segurança é enfatizado no Guia da OMS (1996) e serve de suporte ao ‘Programa de Humanização do Parto’ para “**assegurar** a presença de elementos básicos, a fim de atender adequadamente as gestantes de baixo, médio e alto risco e aquelas que desenvolverem complicações” (p. 14) e também para indicar cuidados que devem ser realizados com o recém-nascido ‘**assegurando**’ “a liberação da via aérea, se necessário” (p. 34, grifos meus). Outras recomendações são prescritas: “deve-se examinar minuciosamente a placenta, a fim de detectar anormalidades (infartos, hematomas, inserção anormal do cordão umbilical), mas principalmente para verificar (**assegurar**) sua integridade” (OMS, 1996, p. 35); fala-se também que é “essencial **assegurar** que uma bexiga cheia não [esteja] inibindo a contração uterina” (p. 35); que seja fornecida uma “assistência no nível mais periférico onde o parto for viável e **seguro** e onde a mulher se sentir **segura** e confiante” (p. 36). Porém, salienta a questão do custo dessa segurança, compartilhando-a com a população ao afirmar que “os países em desenvolvimento estão procurando fazer com que todas as mulheres tenham acesso a uma assistência obstétrica **segura** a um preço a seu alcance” (p. 1). Todos esses aspectos referem-se à economia do governo das mulheres, das famílias e das populações.

As prescrições relacionadas ao parto, abordadas sob a perspectiva da segurança⁷³, têm objetivos comuns e servem de parâmetro à política de ‘humanização do parto’, tendo

⁷³ Para Diniz (2003) “não existe nenhuma incompatibilidade entre humanização e segurança. Se o paradigma agora propõe um **parto** preferencialmente sem intervenções é porque os estudos mostram que isso aumenta a satisfação”.

sido substituída, pois, a palavra ‘humanização’ que, conforme Kruse (2003), coloca “todos a seu favor, embora os sentidos emprestados a ela sejam vagos, díspares e até contraditórios” (p. 116). Para Meyer (2002), a ‘humanização’ incluída na política, aproxima-se dos valores femininos com os quais se define o cuidado [e com os quais se identifica a enfermagem através do tratamento às pessoas, da higiene e organização do ambiente e do ouvir o que elas têm a dizer], fazendo com que o governo possa colocar em funcionamento o programa e “garantir à instituição hospitalar o papel de protagonista do processo de humanização de seus serviços” (BRASIL, 2002b). Constituídas em rede pedagógica e de atenção à saúde, as instituições que fazem parte do sistema de ‘humanização do parto,’ produzem gestantes de baixo, médio e alto risco.

Não há legislação que obrigue a gestante ter seu filho no ambiente hospitalar. Contudo, o hospital que recusar assistência a uma gestante em situação de parto, pode ser penalizado social e juridicamente pelo motivo de ter colocado vidas em risco. A norma que regula a população para que o parto ocorra em uma instituição de saúde, o hospital, está tão presente na vida dos cidadãos e cidadãs que há muito pouco espaço para pensar o parto em outro local. A grande maioria das gestantes é, invariavelmente, levada ao hospital ou unidade de saúde para que seja examinada, escutada, classificada e distribuída, sob o olhar incessante de “um inspetor [que perde] a capacidade de fazer o mal e quase perde o pensamento de querê-lo” (FOUCAULT, 1999a, p. 217). Assim, pensar o parto fora do ambiente hospitalar é pensar a lacuna criada pela falta do atendimento fora de seus muros, situação considerada exceção.

Os critérios e requisitos para atendimento em unidades hospitalares e, portanto, de risco, dizem respeito à manutenção da disponibilidade de leitos cadastrados no SUS em centrais de vagas ou ‘regulação’; a disposição de infra-estrutura física para assistência de emergência neonatal e em obstetrícia com equipamento para atendimento na instituição e para transporte⁷⁴ durante 24 horas; serviços de diagnóstico e terapia disponíveis; equipe permanente composta, no mínimo, por obstetra, anestesiólogo, neonatologista, clínico geral, enfermeiro, nutricionista e assistente social. Nas instituições que atendem mulheres com necessidade de cuidados mais complexos, ou seja, unidade de referência secundária, também descrita como instituição “habilitada e capacitada para análise e identificação do risco que necessite de encaminhamento ao nível terciário de atendimento” (BRASIL,

⁷⁴ Incubadora dupla parede, berço aquecido e comum, fototerapia, ventilador neonatal, ambú/máscara e incubadora de transporte.

2001e, p. 7), deve existir a presença de neurologista, cardiologista, endocrinologista, nefrologista, cirurgião-geral, ultrassonografista, farmacêutico, psicólogo e neurocirurgião, possuir UTI adulto e neonatal. Tais unidades de referência secundária fazem jus a um adicional de 25% sobre procedimentos compatíveis com o tipo de atendimento prestado.

Há, entretanto, locais em condições de prestar assistência mais complexa que as prestadas nas unidades de referência secundária: as de Referência Terciária “que dispõem de leitos destinados preferencialmente às gestantes de alto risco referenciadas pela unidade secundária do sistema [...] e por isso receberão um adicional de 50% sobre os valores de um grupo de procedimentos específicos presentes nesse nível de atendimento” (BRASIL, 2001e, p. 8). Nessas, é preciso que os índices de cesariana, quando superiores ao estabelecido pelo Ministério da Saúde, sejam estabelecidos em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde para fins de ressarcimento. Precisam, também, manter Comitê de Estudo de Mortalidade Materna, Neonatal e de Infecção Hospitalar, implantados e atuantes; manter serviço de assistência pré-natal e de planejamento familiar à gestante de ‘alto risco’; garantir o acesso aos serviços de tomografia computadorizada, ecocardiografia, laboratório de dosagem hormonal e de citogenética, e anatomia patológica.

As ‘Casas da Gestante’ são outro recurso de confinamento que serve de apoio às necessidades assistenciais da gestante de alto risco, que necessita acompanhamento prolongado. Podem ser implantadas nas unidades terciárias e servir de apoio ao serviço estadual de saúde. A descrição da casa da gestante especifica a obrigatoriedade de “área física própria com recepção/sala de estar, sala de atividades ocupacionais, quartos com no máximo quatro leitos, sala de exame ou consultório, banheiros, cozinha e área de lazer e [...] equipe composta, no mínimo, por médico obstetra [...], enfermeiro e assistente social” (p. 10).

No Rio Grande do Sul, a verba para atendimento à gestante de alto risco teve a regulamentação da Portaria GM/MS nº. 3.477/98, aprovada em novembro de 2003, cinco anos após. Através dela, o Governo do Rio grande do sul considerou que “a redução da mortalidade infantil e a necessidade de atendimento qualificado às gestantes [é] uma prioridade deste Governo” (SAÚDE/RS, 2003). A resolução, ainda, definiu critérios e incentivos para os serviços de referência ao alto risco gestacional e justificou o não-reconhecimento deste nível de atendimento até aquele momento “por falta de teto financeiro federal para sua cobertura”.

Dessa forma, a noção de risco “possibilita entender como são definidas as relações entre governantes e governados; [...] a quem compete legislar sobre os riscos nas diferentes esferas do fazer humano” (SPINK, 2000, p.159). Assim, a gestão dos riscos passa a constituir-se numa forma de governo das populações, em que “para cada risco, cria-se a necessidade de avaliação e regulação, com a conseqüente contratação de especialistas e criação de comissões técnicas responsáveis pela avaliação desses riscos” (p. 169). Em tal gerenciamento, a ênfase está colocada no processo de normatização dos riscos, em que o caminho da ‘humanização do parto’ e nascimento não é apenas um caminho, mas o melhor, o mais completo, seguro e atualizado. E que, ao nomear um parto de humanizado, nomeia, também, um parto que não é humanizado, constituindo uma ‘diferença’; um parto que precisa trilhar o caminho da humanização, cujo desvio desse caminho pode ser atribuído às gestantes, famílias e prestadores de serviços não-submetidos às suas práticas.

Ao procurar responsabilizar-se pelo controle sobre mulheres grávidas e seus recém-nascidos em situação de risco, o Estado responde a uma tentativa de gerir e de anular o risco gestacional, cuja falta de controle que as instituições governamentais tradicionalmente são acusadas. Assim, além de classificar o parto de ‘humanizado’, classifica as gestantes e seus filhos como de maior ou menor risco, instituindo o risco como dispositivo de governo que dociliza os indivíduos envolvidos e permite que o governo do parto possa ser exercido nos hospitais, centros de aprimoramento da disciplina que institui e aperfeiçoa tal docilidade, inclusive quando expostos aos riscos decorrentes de materiais biológicos (BRASIL, 2000b).

Por isso, a política - ou guerra – da ‘humanização’ toma forma mais expressiva no espaço hospitalar. Esse espaço é atravessado por um discurso preocupado com a saúde e segurança das pessoas ali atendidas; é o local onde as pessoas são ‘convidadas’ a temer o atendimento fora de seus muros, conjurados como espaços de ‘insegurança, desumanização, animalesco, não civilizado’.

Por outro lado, a disponibilidade do hospital como único local capacitado para o ‘parto humanizado’ vem sendo considerado um cerceamento da liberdade de escolha e colocado em questão por parte da sociedade subjetivada de forma que, por opção, e não por falta dela, se utilizam, por exemplo, do domicílio (KRUNO, 2004). Já as mulheres cujos partos ocorrem por acaso nas ruas, nos coletivos, nos táxis, caminhões e ambulâncias suscitam, eventualmente, campanhas para a ampliação do número de leitos obstétricos hospitalares da rede pública de Saúde. Também esses são rotulados de ‘fora da regra’, sinalizando a necessidade de regular, ou melhor, educar as mulheres e a população para os

eventos relacionados ao parto, mas, principalmente, para a procura do hospital como o local adequado para parir.

3.3.4 A clínica obstétrica

A clínica aparece como dimensão essencial do hospital. É a prática em constante processo de regulação e tornada visível. E é o hospital, com sua organização de espaços, lugar de formação e transmissão de saber, o dispositivo que permite atender ao parto, curar doenças a ele relacionadas, registrar práticas, formar e acumular saber. A mulher enquanto gestante ou puérpera é, nele, objeto do saber e da observação a que se destina; tal saber é “limitado, de um lado, pelo indivíduo e, de outro, pela população” (FOUCAULT, 1999a, p. 111). A determinação de um espaço para parir isola cada gestante ou puérpera em um leito e, a ela, destinam-se ordens ou prescrições que a individualiza. Hospitalizada e confinada a um leito, a mulher tem seus sinais vitais monitorados, suas contrações uterinas controladas e corrigidas, os batimentos cardíacos contados, seus fluxos vaginais observados. Todos os procedimentos minuciosamente anotados e avaliados periódica e regularmente para que não se desviem da norma estabelecida como adequada. A mulher em situação de parto é, portanto, objeto do saber e da prática profissional. Ao mesmo tempo, os registros sistematizados e realizados nos diversos espaços hospitalares de diferentes localizações podem ser confrontados e, assim, observem-se simultaneamente fenômenos relacionados ao parto, normais ou de risco, que sejam comuns a toda a população de mulheres na mesma situação. Esse é um exemplo em que indivíduo e população atuam como “dados” simultâneos de saber e alvos de poder da intervenção da medicina ou dos profissionais da saúde, que tornam útil a tecnologia disponível e constantemente atualizada no hospital.

As maternidades, atualmente incorporadas ao cotidiano do parto, começaram a ser criadas, construídas e difundidas nas áreas urbanas a partir do século XIX, produzindo-se, então, a necessidade de as mulheres serem atendidas nessas casas que unem o ensino do parto ao atendimento do mesmo: um ensino de práticas científicas produzido em nome do atendimento às grávidas.

No Brasil, com a instalação da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro, o governo se atribuiu funções para “garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do ‘povo’ da nova terra” (MACHADO, 1978, p. 159). A partir da abertura dos portos às “nações amigas”, passam, pelo Brasil, embarcações, mercadorias e pessoas de diversos países para negociar ou se estabelecerem. O governo cria, então, instituições para poder intervir de modo a

aumentar a produção e defender a terra para que a população tenha saúde (p. 159). São criados cursos de agricultura que funcionam “como local de difusão e produção de saber sobre o território colonial” (p. 161). No ano de sua chegada ao Brasil, D. João VI interessasse em saber sobre as causas das doenças e a maneira de eliminá-las de sua proximidade, tendo em conta que “sendo obra dos homens, podem receber a sua extinção da mão dos homens” (p. 163). A necessidade de urbanização da cidade produziu o aterramento de pântanos, encanamento de águas, planejamento de ruas e das construções; deslocou hospitais, cemitérios, exércitos e bordéis para locais periféricos, fora da cidade; controlou os alimentos através das casas que produziam e comercializavam farinha, vinhos, azeite, carnes; controlou a circulação das pessoas ligadas aos portos através do confinamento dos portadores de doença contagiosas. Porém, a liberdade de práticas médicas, cirúrgicas e farmacêuticas, tornava difícil a circunscrição e, portanto, o controle de seu exercício. Tornou-se, então, necessário produzir saberes uniformes e coordenados para atender a problemática da saúde, pois “controle sanitário da sociedade e controle interno da medicina são duas faces de uma mesma moeda” (p. 164). Surge, dessa forma, o cargo de Provedor-Mor de Saúde com atribuição de realizar uma política médica que consistia, basicamente, em policiar a população e suas instituições, assim como o próprio exercício da atividade médica.

Na medicina de até então, os médicos dirigiam-se aos indivíduos em sua moradia e o aprendizado do futuro médico dava-se fora do ambiente hospitalar, entre médicos ou pessoas reconhecidamente competentes para curar, e “compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas” (FOUCAULT, 1998, p. 102). No século XVII, o hospital é apontado “como causa de doenças e mesmo de morte” (MACHADO, 1978, p. 282) enquanto que, no século seguinte, aparece como forma de “proteção das pessoas sadias contra a doença; proteção dos doentes contra práticas de pessoas ignorantes [...] proteção dos doentes uns com relação aos outros” (FOUCAULT, 1998, p. 45-46). Como se fez essa reorganização do hospital?

O hospital no século XVIII, espaço de confinamento de doenças e pobres, não atendia a população em suas necessidades de longevidade e de saúde; a família era o centro de cuidado à saúde de seus membros, e os médicos do Estado tinham a atribuição de controlar a higiene coletiva. O hospital, de arquitetura imprópria e com falta constante de vagas para permanecer e morrer possibilitava não só a multiplicação das doenças como a disseminação delas para o exterior. Daí a idéia que se espalha, no século XVIII, de uma espécie de hospitalização no domicílio que apresentava vantagens sobre o custo do doente

para a sociedade e assegurava cuidados familiares constantes e o deslocamento dos hospitais para fora dos muros da cidade. Entretanto, era necessário assegurar dentro dos muros da cidade, profissionais que atendessem aos doentes em seus domicílios, oferecendo cuidados gratuitos ou de baixo custo. Tais práticas colocaram em perigo a utilidade da maior parte dos hospitais, transformando-os, então, em locais especializados e de função terapêutica.

Para Foucault (1999a), a reorganização do hospital somente foi possível devido à disciplina e não a partir da técnica médica que reordenou o hospital marítimo e militar. A disciplina foi a tecnologia de poder elaborada no século XVIII, que pode ser chamada “política” (p. 105). Foi nesta época que o parto saiu da cena social familiar, do mesmo modo que saíram os loucos, os criminosos, as prostitutas, os militares, em direção ao hospital. Dentro do hospital, o lugar do parto foi, a princípio, qualquer lugar. Um exemplo disso é a localização da maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre que, em 1918, ficava contígua à enfermaria de doenças contagiosas. A hospitalização do parto ocorreu paulatinamente durante os últimos três séculos e pode-se dizer que, a partir da segunda metade do século XX, é direcionado para o que foi a criação do programa de ‘humanização do parto’. A saída do parto do território da normalidade para o da patologia criou condições para confiná-lo ao hospital. Excluído da cena social e incluído na cena médica, o parto ocorrido no hospital manteve a família no domicílio e justificou sua ausência no local do parto, criando argumentos científicos, racionais, masculinos, como as diferenças sexuais ou as doenças que apresentam; determina a disposição mais adequada das salas, seu isolamento e tipo de doença a que corresponde: “as dimensões de uma enfermaria só poderão ser calculadas a partir de um exame da ‘estatura do homem, da natureza de seus males e do clima que habita’” (FOUCAULT, 1999a, p. 286); a disposição dos banheiros, cozinha, leitos, janelas, móveis; discrimina utensílios e objetos necessários como o uso da escarradeira que “é recomendado não só por questões higiênicas, mas porque permite que se conserve um elemento de diagnóstico em certas enfermidades” (p. 286), além de impor a roupa a ser vestida e utilizada no hospital. Constitui-se, assim, conforme Foucault, uma medicina hospitalar pela anulação dos efeitos negativos do hospital e não pela busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença. De maneira semelhante à ocupação hospitalar, a medicina penetrou nas mais diversas instituições da sociedade, medicalizando-as (escola, prisão, cemitério, quartel, bordel), abarcando a sociedade urbana por inteiro. Nesses espaços, através das observações e

práticas que puderam ser explicitadas, a medicina produziu saberes e instituiu poderes que têm por efeito a produção de mais saberes e poderes.

O ensino médico no Brasil não era praticado em hospital até o século XIX. É a partir desse século que a prática da medicina, enquanto arte e ao ‘leito dos doentes’, torna-se importante, pautada no princípio de que “não basta que o aluno ouça e leia, é preciso que veja, toque e, sobretudo, se exercite no fazer e adquira o hábito” (FOUCAULT, 1998, p. 86) de realizar práticas sistematizadas na França do final do século XVIII.

Não é suficiente, por outro lado, que o professor observe, examine e ensine: é preciso “descobrir segredos” (p. 137) através da sensibilidade do olhar, expresso através do golpe de vista que recai sobre o corpo. O olhar médico é “um olhar que toca, ouve e, além disso [...] vê” (p. 188). É no hospital, espaço aberto à experimentação, que o médico, unido às obrigações morais com seu doente e circunscrito ao seu dever, perceberá a união entre a miséria e a doença, a dor, a comiserção e o “desejo ardente de levar alívio e consolo, o prazer íntimo que nasce do sucesso [...]. É aí que ele aprenderá a ser religioso, humano, compassivo” (p. 95). Todavia, o médico deve cuidar de sua reputação e, por isso, “seu caminho será sempre, se não o da certeza, ao menos o da segurança” (p. 95), e tem no hospital um abrigo a qualquer tipo de entrave.

Para Machado (1978), a medicina introduz-se e interfere na vida de todos os indivíduos e isto só se tornou possível, no Brasil, a partir da construção dos espaços hospitalares no século XIX, segundo determinadas regras. O saber médico vai intervir no ambiente hospitalar concomitantemente com a observância de dois princípios básicos: o da localização e o da organização desses espaços. Quanto à localização, pensou-se no afastamento do hospital da cidade, fora de seus muros, a fim de neutralizar os efeitos de contágio e do mal contido em seu interior, mantendo, então, a cidade livre de miasmas e das exalações para as quais as grandes construções não foram projetadas para controlar⁷⁵. Além disso, começa a ser difundida a necessidade dos hospitais serem construídos em terreno seco e plano, longe de matas muito densas e úmidas, em local arejado e ensolarado, onde as pessoas fossem curadas, e não apenas um local onde doentes, moribundos, solitários, deficientes ou pobres habitassem, pois,

sua estreiteza [...] grande número de enfermos [...] a umidade e falta de ventilação [...], a péssima posição e construção de suas latrinas, sua continuidade com o mais infecto cemitério, tudo coopera para que nesse foco se preparem as

⁷⁵ A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre do século XVIII localizava-se fora dos muros da cidade. Atualmente, no lugar de um dos portões desses muros, há uma pequena área ajardinada limitada pela Av. Senador Salgado Filho onde encontra-se um dos pontos de ônibus mais movimentados da cidade.

mais virulentas e abundantes emanações que se derramam todos os dias pelo centro da cidade (MACHADO, 1978, p. 284).

Em 1838, no Rio de Janeiro, a notícia da construção do novo hospital da Misericórdia recebe saudações da medicina que propõe, então, a formação de uma “máquina de cura” ou “casa de saúde” (p. 368; 285), com o objetivo de curar e servir de “local de aprendizado e produção do saber médico” (p. 285). Assim, pessoas portadoras de doenças com possibilidade de contágio eram confinadas no ambiente hospitalar; pessoas aparentemente sadias, ou com males passíveis de serem curados, buscavam recursos na botica do hospital e, havia, ainda, a possibilidade de categorizar e separar os doentes conforme suas doenças.

A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no final do século XIX, “possuía oito enfermarias: duas de cirurgia para homens, uma para a medicina de mulheres, uma de medicina de homens, uma de ginecologia e partos e uma para inválidos” (BRANDÃO, 1998, p. 79-80), categorizando o atendimento conforme o sexo, condição dos doentes e especialidade dos profissionais.

As instituições de ensino, ao propagarem a necessidade de atendimento ‘científico’ às grávidas, tinham por finalidade que seus estudantes pudessem aprender práticas relacionadas à gestação e ao parto. As práticas ensinadas relacionavam-se a mensurações da idade gestacional, do abdome gravídico, da pélvis materna, do peso, da altura, da dilatação do colo uterino, da duração do trabalho de parto, da perda sangüínea do parto, do tamanho e consistência do útero após o nascimento.

A Emergência das escolas de medicina e do médico faz surgir uma sombra a pairar sobre os profissionais e a população: os charlatães. No combate ao charlatanismo, a Câmara Municipal de Porto Alegre publicou, em 1839, sua posição claramente contra quem considerava charlatães: pessoas que não possuíssem a licença fornecida por aquela instituição para trabalhar em seu ofício. Ao serem denunciadas por não possuírem tal licença ou, por se recusarem a dar atendimento ao ter seus serviços solicitados, essas pessoas incorriam em penalidades que iam da prisão ao pagamento de multa. A partir daquela data, era exigido que, para exercer o ofício de médicos, cirurgiões, parteiros ou boticários, as pessoas fossem licenciadas pelas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro ou da Bahia.

Ninguém nesta cidade e seu distrito pode curar, ainda mesmo gratuitamente, de medicina ou cirurgia, ter botica, manipular remédios, ou aviar receitas e partejar, sem que primeiramente tenha apresentado à esta Câmara Municipal o seu respectivo título, conferido por alguma das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, ou aprovado por qualquer delas, em conformidade dos

artigos 13 e 14 da lei de 3 de outubro de 1828, incorrendo quem contravier na pena de prisão por 8 dias na Cadeia, e na multa de trinta mil réis, pagos dentro da mesma; e nas reincidências será agravada a pena por aquela forma de trinta dias e a multa de sessenta mil réis. Nas sobreditas penas e multas incorrerão também os Médicos, Cirurgiões e Parteiros que não se prestarem prontamente a qualquer hora da noite, em que como tais forem chamados com urgência, e do mesmo modo os Boticários que não tiverem suas Boticas abertas até as 10 horas da noite, e que desta hora por diante não se prestarem a aviar Receitas com que para este fim urgentemente forem procurados. Ata da Câmara Municipal, 30 de setembro de 1839 (BRANDÃO, 1998, p. 78).

O ensino da medicina poderia ser comum aos médicos, cirurgiões e boticários, contudo, aos cirurgiões bastaria a realização de três dos seis exames obrigatórios para completar o curso na Paris do século XVIII. Essa modalidade de ensino “tem como fim essencial o restabelecimento de um corpo de médicos qualificados por um sistema de estudos e de exames normalizados” (FOUCAULT, 1998, p. 86). Após o curso em que eram considerados aptos como cirurgiões, eles poderiam exercer a profissão em locais fora da cidade, porque os cirurgiões eram “tudo o que faz falta ao campo” (p. 85), já que não era “necessário ser sábio e profundo na teoria” (p. 92) e também porque a vida das pessoas camponesas era considerada mais sã: o tipo de problemas que as afligiam eram principalmente os acidentes ou indisposições passageiras.

Já os médicos deveriam atuar na cidade e os boticários cuidariam das crianças. Não é a medicina empírica que é reconhecida, mas o valor da experiência na medicina. Aí está a diferença entre o cirurgião (também chamado oficial de saúde) e o médico. Para o cirurgião, os anos de prática: “o saber fazer após ter visto” (p. 92); e, para os médicos, “o ensino teórico que recebeu junto com a experiência clínica” (p. 92) e que integra a experiência de um olhar que é, ao mesmo tempo, saber.

No Brasil, é criado, em 1812, o Curso de Cirurgia da Bahia e as duas primeiras escolas de medicina são fundadas em 1832, no Rio de Janeiro e na Bahia. Elas possibilitaram a “formação e graduação dos três ramos da arte de curar: farmácia, cirurgia e medicina” (MACHADO, 1978, p. 176). Antes disto, em 1808 e 1809, ou seja, a partir da vinda da família real e da corte portuguesa para o Brasil, são criados os cursos de cirurgia ligados aos hospitais militares daqueles estados. Nestes, matérias como cirurgia, anatomia e obstetrícia são ensinadas num curso com a duração de quatro anos. Ao longo dos séculos XVII e XVIII, nunca houve mais do que dez médicos em solo brasileiro ao mesmo tempo e, portanto, a cura, quando não espontânea, era tarefa atribuída a pessoas sem formação legalmente instituída, que a Fisicatura procura habilitar através da concessão de cartas ou atestados, após exame prestado ao físico-mor ou cirurgião-mor.

A Fisicatura era um órgão burocrático que fazia parte da administração portuguesa. Vigente no Brasil, de 1808 a 1828, teve sua sede na cidade do Rio de Janeiro e suas atribuições eram as questões referentes à higiene pública e ao exercício da medicina e cirurgia. Essa instituição substituiu, em 1808, a junta do Proto-medicato. De 1828 a 1832, a responsabilidade pelos exames e concessão das cartas de ofício não só para médicos e cirurgiões, mas também para farmacêuticos, boticários e tiradentes, ficaram sob a responsabilidade das Câmaras Municipais (SOUZA, 1998; MACHADO, 1978). As escolas de cirurgia do Rio de Janeiro e da Bahia passaram a conceder tais cartas a seus alunos após exame de suas freqüências e aproveitamento, desobrigando tais alunos ao exame da Fisicatura e tirando desta instituição a exclusividade na concessão das cartas.

Em Porto Alegre, a primeira Faculdade Livre de Medicina e Farmácia foi inaugurada em 25 de julho de 1898. Naquela noite, os céus da cidade foram “iluminados pelos coloridos fogos de bengala” (REVISTA HCPA, 1998), em comemoração a tal fato. Essa Faculdade foi a primeira escola de médicos do Brasil República e “resultou da fusão do Curso de Partos e do Curso de Farmácia” (editorial) já existentes, sendo composta pelos cursos de Medicina, Farmácia, Odontologia, Obstetrícia e Química Industrial. No ano de fundação da Faculdade de Medicina, Porto Alegre contava com 37 médicos: dois diplomados e os demais, práticos. Alguns destes 37 médicos promoveram a abertura do Curso de Partos no ano anterior (editorial).

Brandão (1998) afirma que a fundação do curso de partos por este grupo de médicos visava intervir sobre o fazer da parteira domiciliar, ensinando-lhe procedimentos higienistas. Mas o relato do Dr. Mário Totta, de 1918, relativo a área destinada pela direção do Hospital da Santa Casa de Misericórdia à maternidade, nos dá algumas características de como era o hospital e, mais especificamente, o local onde os partos ocorriam e onde as puérperas permaneciam. Era

um hospital, uma habitação coletiva, onde se misturavam doentes contagiosos contra todas as regras da ciência, onde tísicos agonizam sem ar e sem sol, onde a maternidade abre as portas para uma enfermaria de moléstias infecciosas (ABRÃO, 1995, p. 45).

Um dos três médicos idealizadores do curso de partos foi Protásio Alves, que havia cursado obstetrícia no hospital francês *Pitié Salpêtrière*, em Paris. Uma nova maternidade foi inaugurada em 1931 por Mario Totta, em prédio anexo.

O início do funcionamento de algumas enfermarias da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Misericórdia no Rio Grande do Sul, ocorreu em 1826. Na abertura do curso

de partos, em 1897, a cidade de Porto Alegre contava com, aproximadamente, 67.000 ‘almas’ e a Santa Casa contava com a presença de freiras alemãs, em sua direção interna, desde 1893: “Elas cuidariam do hospital, morariam nele e teriam a nobre missão de atender aos pobres, aos doentes e às grávidas, dentro do próprio lar [o hospital], ou seja, dentro da casa administrada por freiras” (BRANDÃO, 1998, p. 82). O trabalho feminino fora do espaço doméstico, nessa época, não era aceito pela sociedade a menos que fosse exercido na enfermagem ou no magistério. Mas, se a instituição é uma ‘casa’, um ‘lar’ e como ao trabalho feminino doméstico não são impostas restrições, o trabalho de mulheres dentro do hospital pode ser aceito.

Além de promoverem o Curso de Partos, os médicos foram, por décadas, incentivadores do ofício de parteira, porém, dentro dos muros hospitalares. Em trecho do discurso de Mário Totta, então diretor da maternidade da Santa Casa de Misericórdia, proferido por ocasião do **1º Curso de Orientação e Atualização Gineco-Obstétrico para Parteiras**, ocorrido em 1950, diz: -“Não almejeis ser doutoras! Contentai-vos com a benemerência do mister que escolhestes. É tão nobre e tão linda tarefa!” (p. 114). Tais palavras correspondem ao currículo desenvolvido nos cursos para as parteiras, onde abnegação, conformismo, nobreza, beleza, bondade, caridade, são consideradas qualidades essenciais à função da parteira dentro do hospital.

A qualificação das parteiras no Brasil remonta aos anos de 1521, quando foram instituídas as cartas de examinação para físicos, boticários, cirurgiões, barbeiros e parteiras (JORGE, 1976). Os candidatos à carta deveriam saber ler, pagar uma taxa e prestar exame frente ao físico-mor, cujos poderes lhe eram atribuídos pelo rei de Portugal.

O médico Joaquim Cândido Soares de Meireles afirmava, em 1827, que ao observar “a arte de partejar, vemos que o seu estudo é do mais alto interesse, em um país novo, onde a falta de parteiras hábeis faz com que mulheres ineptas, destituídas de conhecimento se erijam de matronas⁷⁶, e apoiadas pelas leis, se constituam infanticidas” (SOUZA, 1998, p. 87). É importante ressaltar que, no Brasil do séc. XIX, os estudantes de medicina não tinham acesso ao corpo das mulheres grávidas nem durante a gestação nem durante o parto, visto que os cursos de medicina “permaneceram teóricos e os professores seguindo manuais. [...] o professor dava aula lendo, não lições escritas por ele, mas as do compêndio adotado. [...] muitas vezes [...] pedia ao aluno que o fizesse, ou melhor, que

⁷⁶ A Universidade do Chile possui curso para formação de matronas em nível de pós-graduação. Tem duração de 580 horas e é ministrado pela Faculdade de Medicina. Em nosso país, seria algo semelhante ao curso de especialização em enfermagem obstétrica.

lesse por ele” (SOUZA, 1998, p. 59). As Faculdades de Medicina e os cursos de parto não possuíam clínica de partos, e por isso, o ensino prático era bastante restrito, limitando-se aos partos de mulheres que procuravam a Santa Casa ou, então, das escravas de conhecidos, não havendo, portanto, sistematização desse ensino. Entretanto, Joaquim Cândido Soares de Meireles volta à cena dizendo que “para ser parteiro é preciso praticar-se; não é nos livros que se aprende a partejar, mas nos hospitais” (p. 61), sendo apoiado por muitos colegas que diziam não bastar a boa vontade e desejo do ex-aluno de ser útil às clientes; era necessário que o governo tivesse proporcionado meios para a demonstração de teorias durante os 46 anos de existência das Faculdades de Medicina. A prática existente nos cursos restringia-se às demonstrações em manequins, tais como o reconhecimento das apresentações do feto ou procedimentos operatórios. Dessa maneira, os médicos, professores e estudantes solicitavam ensino prático na sala de uma maternidade, onde deveriam

ser recebidas não só as mulheres que se acharem já próximas do trabalho de parto, mas também outras que estivessem em diversos períodos da gravidez, para que assim possam os alunos se exercitar em apreciação por meio de toque, das modificações que o colo do útero apresenta nos diversos meses da gestação [...], o estudo do emprego da auscultação obstétrica (p. 62).

Em 1876, na Bahia, Luís Álvares dos Santos atribui a demora na instalação da maternidade “menos à inércia do governo do que à moralidade hipócrita. [...] as próprias Irmãs de Caridade, responsáveis pela enfermaria, eram proibidas pela regra religiosa de verem as partes pudendas, [...] e nem consentiam que o trabalho de parto se fizesse senão às escondidas [sob suas roupas ou lençóis]” (p. 65). Havia um receio muito grande, por parte das freiras, de que tal enfermaria fosse freqüentada apenas por prostitutas e, assim, a Santa Casa do Rio de Janeiro teve a criação da enfermaria de partos postergada até 1881.

Nos hospitais, a vida passa ser guiada e organizada pela ordem médica que cada vez mais se impõe através do seu saber. Um dos modos de imposição deste saber é praticado pelo uso de instrumentos como o termômetro, o fórceps e a utilização da analgesia. A institucionalização do parto hospitalar foi constituída através da desqualificação paulatina do trabalho das parteiras, para a qual contribuíram a utilização desses instrumentos (MARQUES, 1982; OSAVA, 1997).

4 A EDUCAÇÃO DA MULHER NA ORDEM DO PARTO

¹⁵Dixit autem rex Aegypti obstetricibus Hebraeorum quarum una vocabatur Sephra altera Phua ¹⁶praeciens eis quando obstétricabitur Hebraeas, et partus tempus advenerit si masculus fuerit interficite illum si femina reservate ¹⁷Timuerunt autem obstetrices Deum et non fecerunt iuxta praeceptum regis Aegypti sed conserbant mares (Liber Exodi I,15-17)^{77, 78}.

Essa citação faz lembrar a situação da fome que assolava o Egito e do que representava o aumento populacional de um povo estrangeiro que vivia em seu território na produção e distribuição dos alimentos, e à forma de governo na qual o faraó tinha o poder de “fazer morrer e deixar viver” os habitantes de seu território. A ordem do faraó às parteiras revela a possibilidade de extinção gradativa do povo hebreu no território egípcio, através do extermínio dos nascituros do sexo masculino. A preservação das meninas recém-nascidas serviria para a reprodução de egípcios através da “conquista do território feminino”⁷⁹ representada pelo útero das hebréias⁸⁰. As parteiras, subjetivadas para preservação da vida do seu povo, responderam ao questionamento do faraó quanto à desobediência de sua ordem da seguinte maneira: “As mulheres Hebréias não são como as Egípcias; pois sabem assistir-se no seu parto, e antes de nós chegarmos, dão à luz” (ÊXODO, cap. 1, vers. 19, p. 69).

Se, por um lado, as parteiras poderiam ter sido consideradas pérfidas perante o faraó, o mesmo não se pode dizer de suas ações frente ao Deus dos Hebreus que recompensou-as e “edificou-lhes casas” (vers. 21).

As técnicas do poder disciplinar apresentam-se como um dos modos de produção de culpa. Para se culpabilizar, um indivíduo precisa olhar para si mesmo, para seus atos e pensamentos, com os olhos de um outro, cindindo-se entre o que deseja e o que deve ser. São técnicas, portanto, de interiorização do olhar e do juízo. Nas instituições disciplinares, para haver formação é preciso que haja cuidado de indivíduos que mesclam nas suas

⁷⁷ “¹⁵ O rei do Egito ordenou às parteiras dos hebreus, que se chamavam Séfora e Fua: ¹⁶ Quando vocês ajudarem as hebréias a dar à luz, observem se é menino ou menina: se for menino, matem; se for menina, deixem viver. ¹⁷ As parteiras, porém temeram a Deus e não fizeram o que o rei do Egito lhes havia ordenado; e deixaram os meninos viver” (Exôdo, cap. 1, vers., 15, 16, 17, p. 69).

⁷⁸ O texto em latim foi solicitado por mim à Sociedade Bíblica do Brasil. O endereço para solicitação foi traducao@sbb.org.br. A resposta foi concedida pelo Irmão Denis, através do endereço: denis@sbb.org.br.

⁷⁹ Conforme MARZOLA (2003b) sobre “O aborto através dos tempos”. Palestra realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em setembro de 2003.

⁸⁰ Recentemente, os Sérvios, em sua ‘limpeza étnica’ na Guerra da Bósnia (1992 - 1995), usaram a mesma estratégia.

funções a autoridade e o saber (pais, professores, enfermeiras, carcereiros) e que zelarão pelo aprendizado. A condição do exercício desse zelo é a vigilância. Submeter os atos cotidianos dos indivíduos a esse campo hierárquico de visibilidade é trabalhar para que cada um passe a se ver com os olhos do outro. A visibilidade dos atos é um modo de agir sobre o invisível; cada indivíduo se inquietará com o que acontece no seu íntimo e que os outros não têm acesso. Não basta, porém, interiorizar a vigilância; é preciso, ainda, que cada um se julgue e deseje se julgar segundo valores sociais vigentes. E é no conjunto dessas condições que a sanção normalizadora é produzida em certos movimentos sociais e ouvida “pouco mais forte que um murmúrio na luta contra a barbárie de sua condição [feminina]” (JONES, 2001, p. 5). Ao centrarem-se mais nas mulheres na função de ‘mães’ do que de ‘mulheres’, os textos falam sobre a mulher na sociedade, apontando, geralmente, alguma questão relacionada à maternidade. Isso é reafirmado mundialmente e, através da formação das meninas e meninos, dizem o quê e como deve ser realizado (ou não) para serem mães, o que fazem e como procedem (ou não) as meninas para adquirir atitudes de mãe. Em tais textos percebe-se que a constituição do materno é condição feminina, possibilitando a subjetivação da menina para determinado modo de ser mulher, ou seja, mãe. Ser mãe é descrito, na maior parte das sociedades, como ‘função’ primordial na vida da mulher, quando não a única considerada importante. A maternidade, tal qual é conhecida, ocorre a partir do século XVIII, quando a população passa a ser importante índice de riqueza e mão-de-obra. A partir daí, o corpo feminino torna-se frágil, sexualizado, doente e alvo do pensamento médico através do processo chamado “histerização da mulher” (FOUCAULT, 1999b, p. 99). Tal processo colocou a mulher numa posição de destaque, ou melhor, numa posição que vai intermediar e apoiar a entrada das ordens, normas e práticas médicas no lar que, então, se higieniza e se disciplina dessa outra maneira. O pensamento médico que passa a vigiar traz a necessidade de estudar, apreender, conhecer e classificar comportamentos sexuais desde o nascimento até a velhice. Seguindo seus passos, a política de ‘humanização do parto’ coloca sob foco a capacidade da mulher em dar à luz e traz dúvidas quanto às práticas de parto existentes. Torna aspectos afetivos relacionados ao parto, objetos de conhecimento e de saber que somente o profissional treinado pode decifrar de forma adequada e, assim, produzir pessoas que desfrutem uma vida sexual e reprodutiva ‘saudável’, ou melhor, de maneira que possa produzir os efeitos desejados, conforme a política instituída. O parto assim constituído torna-se um saber que produz condições para um comportamento útil e dócil e o controle de uma sociedade mais complexa.

4. 1 Da mulher desalmada à alma humanizada

A separação da alma do corpo pelo cristianismo operou uma transformação nos modos de governar os nascimentos e as mulheres.

Na Grécia clássica, Platão descreveu a alma como reflexo da justiça que é, também, a essência da própria alma. A alma, descrita por Platão, é formada de três partes: a razão, o espírito animoso e o instinto, cuja correspondência, no Estado, é, respectivamente, a sabedoria, a valentia e o domínio de si. Assim que, para a formação da personalidade harmoniosa, é necessário que razão, espírito animoso e instinto ajam de maneira a manter-se num constante equilíbrio. Na república de Platão, a ação que vai proporcionar esse equilíbrio é a combinação da música com a ginástica, pois enquanto uma povoa de beleza e conhecimentos o pensamento, a outra tensiona o espírito (JAEGER, c1936). Desse modo, a alma grega se expressa no corpo grego e este, no Estado. A alma era, portanto, a expressão da própria vida do grego que, quando ausente de justiça, não merecia ser vivida, “tal como não vale a pena viver uma vida sem saúde” (p. 759). Nesse Estado, a justiça é a saúde da alma, e a saúde, o bem supremo do corpo.

Nos primeiros séculos da era cristã, a visão que se tinha da mulher era tão diferente da que se tinha do homem que, no Concílio de Macon, no ano 585, foi levantada a dúvida sobre a existência de alma no corpo feminino. A proposição discutida durante dias, de que a mulher não possuía alma, perdeu por um voto (GUINDA, 2002).

Já na alta Idade Média, com vistas à purificação dos pecadores, dentre os quais, as mulheres e bruxas consideradas fontes ímpias do pecado, os pensadores cristãos inventam formas de separar seus corpos de suas almas. Para Santo Tomás de Aquino, toda a pessoa, para ser pura, deveria praticar “a nutrição devocional de uma alma desencarnada” (FENDLER, 2000, p. 59). Essa alma medieval cindida do corpo “é uma alma que é divina e eternamente boa, apesar da existência do pecado” (p. 59). A fonte obstinada desse pecado é o próprio corpo que deseja e que deve ser educado à parte da alma, para alcançar a divindade e a bondade que lhe são próprias.

Santo Tomás de Aquino afirma, em sua *Summa Theologica*, que a mulher, considerada em relação a sua natureza particular, é

algo deficiente e frustrado, pois a virtude ativa que reside no sêmen do homem, tende a produzir algo semelhante a si mesmo no gênero masculino. O que nasce mulher deve-se a debilidade da virtude ativa, ou a má distribuição da matéria ou, ainda, a alguma mudança produzida por um agente extrínseco, como, por

exemplo, os ventos austrais que, como se diz no livro *Da geração [dos animais]*, são úmidos (S. Th. 1^a q, 92, a.1, ad 1. 6. 2002)⁸¹

O cristianismo, portanto, produz tecnologias para gerir tanto a alma quanto o corpo, através da “devoção da oração, da obediência para nutrição do espírito [alma]; da abstinência, do sofrimento, da dor e do celibato para desprezar e debilitar a carne [corpo]” (FENDLER, 2000, p. 59). Nessa conjuntura, a mulher precisava ser governada a fim de se produzir corpo e alma puros, evitando que o espírito demoníaco dela se apropriasse. A alma ao ser produzida, não é, conforme afirma Foucault (1999c) uma “ilusão, ou um efeito ideológico, mas [...] existe, tem uma realidade” (p. 28). E ainda: a alma “é produzida permanentemente, em torno, na superfície, no interior do corpo pelo funcionamento de um poder que se exerce sobre os que são punidos e de maneira mais geral sobre os que são vigiados, treinados e corrigidos; [...] sobre os que são fixados a um aparelho de produção e controlados durante toda a existência” (p. 28).

Assim, o interesse, aqui, em estudar aspectos da vida das mulheres na Idade Média, reside na descrição que fizeram os Inquisidores⁸² das práticas de cuidado do corpo e das almas na ocorrência de doenças, na possibilidade de gravidez, no curso da gestação, no atendimento ao parto das mulheres e nas condições de vida do nascituro. O interesse reside, portanto, na constituição do sujeito do ciclo grávido-puerperal, no Ocidente, em determinado momento histórico.

Na Idade Média, a vida humana adquiria valor ao ser contabilizada como alma no reino de Deus. Enquanto terrena, a vida era propriedade do senhor feudal e a alma pertencia a Deus. O indivíduo tinha posses à proporção de sua fé. Como os indivíduos pertencentes ao feudo não tinham posses, sua fé era pouco ou nada considerada e, sua vida, além de não lhe pertencer, tinha a validade que o senhor feudal lhe atribuía. A vida das crianças recém-nascidas era validada de acordo com as posses de sua família; proporcionalmente, o valor do trabalho da parteira também estava em relação direta ao valor da vida do nascituro, da fé de sua família e da fé da parteira.

⁸¹ Tradução livre do texto escrito em inglês.

⁸² Os Inquisidores da Igreja Católica eram juízes do Tribunal da Inquisição designados para varrer “toda a depravação herética [...] de todas as fronteiras e de todos os recantos dos Fiéis [...] com meios e métodos particulares pelos quais Nosso desejo piedoso poderá surtir os efeitos almejados [...]” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 43). A varredura de tais ações demoníacas deveria se dar para que “um maior zelo e uma observância mais regular de Nossa Santa Fé venham a ficar mais firmemente impressos no coração dos fiéis” (p. 43). Os Tribunais da Inquisição, conforme Rose Marie Muraro (2000), torturaram e assassinaram de forma massiva aqueles que eram julgados heréticos ou bruxos, entre os quais e, principalmente, as mulheres.

Ao mostrar como os Inquisidores identificam as práticas das parteiras e bruxas, relacionando-as a práticas demoníacas, penso neste discurso enquanto estratégia para governar mulheres no sentido que Foucault (1995) dá a este governo, ou seja, governar para dirigir a conduta dos indivíduos ou de grupos tais quais as crianças, almas, comunidades, famílias, doentes. Utilizei para isto, relatos do livro *Maleus Malleficarum*, editado em 1484 sob os auspícios do papa Inocêncio VIII e escrito por Heinrich Kramer e James Sprenger, dois monges dominicanos alemães e professores de teologia, cujos poderes de Inquisidores da Igreja foram delegados através de Cartas Apostólicas. A eles são atribuídos os estatutos e os encargos daquilo que devia funcionar como verdadeiro⁸³. Denominado por Inocêncio de ‘Nossa Bula’, o livro foi considerado um amplo guia jurídico destinado à legislação sobre a conduta das mulheres e, principalmente, das protegidas dos ‘poderosos’, das bruxas e das parteiras, assim como dos magos-arqueiros, ou seja, todos os que tinham em comum o fato de se colocarem à disposição dos senhores feudais e não da Igreja. Portanto, ao abominar e condenar todos os defensores dos que negavam a fé católica, os Inquisidores afirmavam e defendiam o poder da Igreja e dirigiam tal abominação e condenação aos soberanos, príncipes ou senhores feudais que protegiam, davam guarida ou exaltavam a atuação contra tal fé.

Como um manual de regras, normas e condutas que vigoraram, preponderantemente, entre os séculos XIV e XVIII, o ‘Martelo das feiticeiras’⁸⁴ (KRAMER; SPRENGER, 2000) serviu para o controle de tudo o que se relacionava ao nascimento, da fecundação ao puerpério. As práticas da Igreja da época⁸⁵, guardiã da fé em Deus pelos católicos, são nele compiladas e descritas. Sua produção facilitou o trabalho dos Inquisidores na aplicação de “remédios potentes para prevenir a doença da heresia e de outras torpezas que difundem seu veneno para a destruição de muitas almas inocentes” (p. 44). Descreve os “métodos pelos quais se infligem os malefícios e de que modo podem ser curados” (p. 47). Apresenta situações cotidianas que possibilitam a identificação dos demônios, das bruxas, e suas obras, para que qualquer pessoa pudesse identificá-las e,

⁸³ Foucault (1999b) afirma que “cada sociedade tem seu regime de verdade, sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros” (p. 12).

⁸⁴ Título da tradução brasileira do *Maleus Malleficarum* cuja edição utilizada, neste estudo, é a 14^a.

⁸⁵ Segundo a historiografia oficial, o término da Idade Média dá-se em 1395 com a queda de Constantinopla, entretanto regulamentos relacionados à fé e à Igreja Católica em vigência na Idade Média foram editados no *Maleus Maleficarum* em 1484 mantendo-se, em graus e regiões diversas, por mais quatro séculos.

assim, se proteger. A bruxa é descrita de diversas maneiras, uma delas como criminosa, e o crime estava sempre relacionado ao que os inquisidores consideravam sacrilégio.

[...] uma bruxa, ao receber o Corpo do Nosso Senhor, repentinamente abaixou a cabeça (hábito detestável de muitas mulheres) e retirou o Corpo do Senhor de sua boca, envolvendo-o em seu lenço. [...] depois de capturada e interrogada, ela revelou o crime: o Corpo de Cristo fora enterrado junto com o sapo para que mediante o seu pó lhe fosse possível causar males, como bem lhe aprouvesse aos homens e às demais criaturas (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 245).

Em outros momentos, são descritas as ocasiões em que os Inquisidores deveriam intervir, para que, “na medida do possível, [fossem especificados] remédios a serem aplicados contra cada tipo de malefício obstrutor; e que o enfeitado em suas faculdades procriadoras aponte a que classe de obstrução pertence” (p. 328). Os inquisidores e as bruxas atuavam cada qual a sua maneira, sobre o modo de utilização do sexo: cada grupo intervindo sobre o que era considerado malefício pelo outro.

As práticas descritas mostram a visão que a Igreja tinha e propagava sobre as mulheres ao fazer a distinção entre homens e mulheres, anjos e demônios, na distribuição da fé. A mulher é descrita como perversa em todas as suas atitudes e aparência. Suas qualidades mentais são a impaciência, a cólera, a garrulice, a infidelidade, a lascívia, a preguiça, a ganância, a inveja, a artilosidade e a pouca fé. Seus afetos e paixões são desenfreados, assim como seu andar, sua postura, suas vaidades e sua voz. Vícios como a “infidelidade, a ambição e a luxúria” (2000, p. 121) exercem um domínio especial sobre as mulheres. Porém, as mais profundamente contaminadas pela ambição são “as adúlteras, as fornicadoras e as concubinas dos Poderosos” (p. 121). Ou seja, sobre essas mulheres cuja evidência de tais comportamentos sexuais colocava-as em situação desabonadora aos olhos da Igreja, principalmente quando influenciavam os ‘poderosos’, pois eram a estes que os Inquisidores tentavam controlar através da condenação das mulheres (p. 509).

É interessante salientar como os Inquisidores significam de modo peculiar a palavra que designa mulher: *femina*. Ao desdobrá-la em Fe e Minus, relacionaram-na à condição de pessoa de fé inferior à do homem e, portanto, uma bruxa em potencial (p. 117), partindo do princípio de que a bruxaria acomete as pessoas de pouca fé. Tanto mulheres quanto homens recebem atributos variados, mas é a elas que os Inquisidores destinam a maior parte de suas investigações e avaliações, evidenciando a divergência entre o pensamento das mulheres e o pensamento eclesiástico. Aquele, quando exercido junto aos poderosos, traz riscos às obras da Igreja. Daí a mulher constituir-se numa temeridade, pois o que

há de ser a mulher senão uma adversária da amizade, um castigo inevitável, um mal necessário, uma tentação natural, uma calamidade desejável, um perigo doméstico, um deleite nocivo, um mal da natureza, pintado de lindas cores? (KRAMER; SPRENGER, p. 114).

Os Inquisidores estabelecem, então, regras para melhor controlar o saber feminino, sua carne, seu pensamento, sua sensibilidade, produzindo verdades acerca das práticas da vida cotidiana das mulheres, que viam como efeitos de forças demoníacas, criando a nocividade das mulheres para toda a sociedade. Assim, mulheres e meninas eram especialmente molestadas em sua fé por seres inferiores⁸⁶ “porque muito se dedicam aos cuidados dos cabelos ou porque assim pretendem excitar ou instigar os homens” (p. 325). Portanto, todo cuidado da mulher com seu corpo é considerado como obra do diabo. No entanto, se a mulher rezasse ao executar tais cuidados, estes passavam de um ato irremediavelmente ligado ao mal para uma atividade cristã. Uma atitude supostamente cristã torna-se uma verdade que é, então, produzida por um poder e emerge graças a “múltiplas coerções” (FOUCAULT, 1999b, p. 12; p. 63), ou seja, através de regras que são impregnações de poder.

O homem, descrito por Kramer e Sprenger (2000), é geralmente, virtuoso e bom, devido a uma ‘natureza intelectual’ que se sobrepõe à sua ‘natureza animal’. Já a mulher, modelada que foi a partir do homem de barro, que recebeu vida através do sopro divino, é uma companhia imperfeita: formada por uma costela de peito, que é torta, tal curvatura é “contrária à retidão do homem” (p. 116). Sendo assim, não pode igualar-se a ele. A imperfeição feminina refere-se, também, e principalmente, aos aspectos morais da nova criação. O primeiro homem cristão dá à luz a uma mulher: um ato também divino e sem violência, que insere ambos na humanidade. A partir daí, o homem, ser divino e ligado diretamente a Deus, mesmo não instituindo a natureza, submete-a “ao melhor de sua habilidade e à maior das suas forças” (p. 168).

Após a criação divina do homem, a parturição ocorrerá através da mulher que retirará do ventre novas vidas, com dor (GÊNESIS, cap. 3, vers. 16, p. 16). Enquanto ato feminino, parir é, para a Igreja, um ato violento: deixa de ser um ato sagrado para ser

⁸⁶ Os seres inferiores a que os inquisidores se referem são os demônios *Incubos*, chamados desta forma “por se deitarem sobre algo e entregarem-se a orgias”. (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 84); estes demônios são também chamados de Dúsius pelos gauleses ou Faunos e de Sátiros pelos romanos. A razão apontada para que os demônios se transformem em Incubos não está no prazer, visto não possuírem carne ou sangue; a razão de tal transformação é infligir mal ao corpo e a alma dos homens que, desta forma, entregam-se a toda sorte de vícios. O demônio, após apossar-se da mulher, transformava-se em Incubo. Súcubo é a forma feminina de Incubo; é o que se posiciona por baixo.

profano e inferior. Entretanto, ao homem se outorgará a grandeza do trabalho e do conhecimento, a manutenção da vida e da moral.

Sendo assim, “Deus permite que a bruxaria venha a afetar mais as funções procriadoras que as demais funções do organismo” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 190). Mas os piores e “maiores males são perpetrados pelas parteiras” (p. 285), consideradas o pior tipo de bruxa existente, sendo que seu “crime sacrílego” (p. 286) era oferecer o recém-nascido ao diabo ou devorarem-no, “como canibais” (p. 155), conforme declarado em juramento por um pai. Este, ao constatar o desaparecimento do filho do berço, foi encontrá-lo num congresso de mulheres onde “as viu matarem-no, para depois beberem-lhe o sangue e devorarem-no” (155-156), ofendendo profundamente a Fé com sua “heresia diabólica” (p. 285).

Santo Isidoro chamava as mulheres de bruxas devido à “magnitude de seus crimes” (p. 274). Esses crimes eram relacionados à perturbações que causavam, por exemplo, tempestades. Quando comprovado que confundiam “o pensamento humano [causando a obstrução desse pensamento], impedindo seriamente o uso do seu juízo” (p. 274), os inquisidores atribuíam às mulheres penas severíssimas.

É difícil encontrarmos no *Malleus Maleficarum* cenas diretamente relacionadas ao parto. Repetem-se crenças dos Inquisidores e fragmentos que indicam a curiosidade de alguns inquiridos quanto ao local de atuação, as práticas recomendadas pelas bruxas, e os malefícios introduzidos no corpo das mulheres pelas parteiras, o saber utilizado por elas para curar males, o transporte de recém-nascidos mortos a destinos desconhecidos, a presença do fogo na atenção ao parto.

Como já visto, a perfídia da bruxaria podia ser encontrada com maior frequência nas mulheres, “por serem mais fracas na mente e no corpo” (2000, p. 116) e, por isso, entregarem-se mais facilmente ao demônio. As bruxas, porém, necessitavam sempre da ação demoníaca, sustentada pela cooperação íntima entre elas e os demônios na consecução de seus prodígios; já os demônios não necessitavam das bruxas para realizar seus malefícios. Assim, a intenção da cooperação demoníaca visava a perdição da bruxa, representada pelos atos de infidelidade à Igreja.

Havia a dificuldade de explicar a maneira pela qual os demônios conversavam, comiam e copulavam com as bruxas e, também, como lhes era possível vê-las e ouvi-las, pois enquanto espírito, o diabo não poderia ter contato com o corpo humano. Valiam-se, então, de outros corpos que ao serem tomados como instrumentos do mal, assumiam uma forma em parte etérea e em parte material, devido à certa “propriedade terrosa” (p. 231).

Tal propriedade terrosa possibilitava ao ar de que eram compostos condensar-se, preservando, então, suas propriedades essenciais, fluidas e instáveis, da mesma maneira com que a alma conferia “a forma viva ao corpo a que se une. Passam a ser, nessas formas corpóreas que assumem, como um marinheiro num barco que o vento conduz” (KRAMER; SPRENGER, p. 232). Acreditava-se que fatos não passíveis de explicação pela fé cristã pudessem ser obras do demônio; este, em forma de ar, não podia ser visto, não tinha limites e não podia ser ouvido. Dessa forma, os ‘poderes inferiores do ar’, ao se materializarem num corpo, poderiam utilizar seus pulmões, produzir percussão e voz que expressassem conceitos inteligíveis ao ouvinte. Era preciso, portanto, que os demônios vissem e ouvissem para que pudessem operar seus malefícios. Produzia-se, assim, uma audição demoníaca que tinha a propriedade de “ouvir os pensamentos e as conversas da alma, de forma mais sutil que os homens, através da palavra falada” (p. 234). Daí ser atribuído um poder superior à alma do que ao corpo que a conforma: a alma é a “força motriz e causa principal do movimento do corpo” (p. 228). A inquisição serviu-se de textos das Sagradas Escrituras, de Aristóteles e Santo Agostinho, entre outros, para avaliar tais constatações, recomendando a leitura de alguns de seus trechos⁸⁷ para produzir argumentos necessários à imposição de tais verdades.

A partir dessas constatações, pode-se atribuir um poder de magia incomensurável à palavra das bruxas. É principalmente por suas palavras mágicas e fortes tal qual um “gole de veneno” (2000, p. 67) potente, que as mentes dos homens são enfeitiçadas, “levando-os à loucura, ao ódio insano e à lascívia desregrada” que destroem a vida (p. 67). A voz feminina, por ser considerada demoníaca, só poderia urdir mentiras, tal como seu choro. E, dessa forma, através da voz e do choro, a mulher manifestava sua constante necessidade de enganar e decepcionar os homens (p. 116). Tais fenômenos vão dar substrato à bruxaria e ser traduzidos na ‘natureza perversa’ da mulher e em sua hesitação quanto à fé na palavra de Deus. Configura-se, assim, a produção de uma subjetividade feminina má, mais ligada às coisas terrenas do que às divinas ou da fé.

⁸⁷ “O leitor pode consultar o livro de Tomás de Brabant, ‘*Sobre as abelhas*’, lá encontrando muitos prodígios extraordinários a respeito do transvôo imaginário e corpóreo dos homens”. (KRAMER; SPRENGER, *op. cit.*, p. 231). “Consultar S. Tomás, II, 8, *Se os Anjos Assumem a Forma Corpórea*” (*ibid.*, p. 32). S. Agostinho diz em seu tratado *De Natura et Origine Animae* que “o todo está no todo, e o todo está em todas as partes do corpo” (*ibid.*, p. 259-60).

Atribuiu-se o crescimento da bruxaria à “rivalidade deplorável entre pessoas casadas e solteiras, homens e mulheres” (p. 117), exemplificadas em situações⁸⁸ que envolvem a procriação, narradas nas sagradas escrituras. A bruxaria, considerada originária da cobiça carnal e insaciável das mulheres, tem sua representação máxima de insaciedade e lascívia na “boca do útero” (p. 121). Tal órgão é o elemento gerador do ‘fogo’ que faz as mulheres copularem até mesmo com os demônios. A presença “da boca do útero”, universal a todas as mulheres e condição para torná-las bruxas, explica a existência de um grande número delas e o medo do extermínio da fé através do domínio que as mulheres exerciam sobre os homens ao ‘embotarem’ a mente masculina.

A preservação do corpo masculino e a saciedade de seus desejos obscenos são práticas de domínio das bruxas que, então, decretam a morte das almas dos homens. Tais desejos eram fortemente despertados através da voz das mulheres, da visualização de suas imagens e de seu toque. Assim, o contato feminino era descrito “como algemas para prender: quando botam as mãos numa criatura, conseguem enfeitiçá-la com o auxílio do diabo” (p. 121). Esse homem de desejo, esboçado por Santo Agostinho, é “submetido a um constante auto-exame [...] para que não exprima sua vontade própria” (ORTEGA, 1999, p. 90), visto que o fascínio do amor carnal impede qualquer persuasão ou vergonha masculina de abster-se de seus atos.

O ato carnal, ou relação sexual, é realizado pelos homens sempre através do demônio que, por sua vez, pode agir somente pela vontade dos anjos bons e, portanto por vontade de Deus, já que Deus é mentor de todas as ações, tanto as consideradas boas quanto as consideradas más. Mas, para que haja relação carnal é necessário que haja bruxas; é através delas que as mulheres tornam-se desejáveis e os homens potentes ou impotentes. Então, para que a vontade de Deus se perpetue, é necessário não só a presença de mulheres quanto a de bruxas e demônios. A junção desses fatores faz com que ocorra um ‘aumento’ crescente do número de bruxas a cada dia. E, à medida que mais mulheres são acusadas de feitiçaria, maior é a disseminação das práticas de feitiçaria e maior o medo dos poderes por elas representados. Por isso mesmo, maior o interesse de que elas se mantenham ou se disseminem para que a fé possa se sobressair por obra dos Inquisidores.

Produz-se, entre os males causados, uma distinção apontada nos registros da Inquisição: dificilmente uma situação de desvio da saúde não é atribuída ao demônio, mas

⁸⁸ Situações como a impaciência e inveja de Sara para com Ágar quando esta concebeu (GÊNESIS, cap. 21, vers. 10) ou pelo ciúme de Raquel que não tivera filhos como Léia (*ibid.*, cap. 30, vers. 1), ou ainda a humilhação da infértil Ana frente à fértil Fenena (I SAMUEL, 1).

para que um mal seja considerado natural ou não, deve passar por julgamentos, por exemplo, o dos médicos que desprezam o uso de amuletos e outros objetos. Quando detectados próximo ao corpo do doente, os objetos, assim descritos, caracterizam a bruxaria. Já que “as causas extrínsecas não são encontradas nas infecções tóxicas que se acompanhariam de alteração dos humores do sangue e do estômago, têm eles, aí, razão suficiente para atribuírem aquele mal à bruxaria” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 192).

O mal que não é causado por alterações dos humores do sangue ou do estômago e, a doença incurável merecem, no entanto, uma averiguação de bruxaria. No caso de doença incurável, ficava constatada a bruxaria quando nenhum remédio aliviava o mal e todas as práticas cristãs pareciam agravá-lo. Mas havia, ainda, uma última ocasião em que a bruxaria se evidenciava na doença: uma instalação tão rápida do mal que só podia ser atribuído a ela (p. 192-193).

Poucas curas se operavam pela oração aos Santos e Súplicas ao Senhor, práticas consideradas lícitas. O método mais empregado, apesar de ilícito, não estava na ajuda de padres ou exorcistas para desenfitejar as pessoas e, sim, na recorrência às mulheres sábias, pelas quais quase sempre as pessoas eram curadas. A cura por obra de uma mulher ou ser humano não era atribuída a um humano e, sim, a um diabo que, com a permissão de Deus, operaria a cura. É nesse sentido que as questões seguintes são expressas:

Por que as bruxas não ficam ricas? [...] Para que não se exponham por suas riquezas e para que o demônio possa mostrar seu desprezo ao criador comprando as bruxas pelo mais baixo preço. [...] Por que não destoem seus inimigos já que contam com os favores de alguns príncipes? [...] Porque um anjo bom impede seus malefícios. [...] Por que são incapazes de prejudicar os pregadores, Inquisidores e outros oficiais de justiça e todos os que as perseguem? [...] Porque estes são encarregados de fazer justiça pública (2000, p. 193).

Os inquisidores afirmam, também, que as bruxas demonstram mais propensão ao prazer nos dias considerados mais sagrados à fé católica, quais sejam: o Natal, a Páscoa, o Pentecostes e os dias considerados santos. Como havia a recomendação de abstenção sexual nas quintas-feiras, em memória da prisão de Cristo; nas sextas-feiras, em memória à morte do senhor; aos sábados, em honra à Virgem Maria; aos domingos em homenagem à ressurreição, e às segundas-feiras em comemoração aos mortos, somente às terças e quartas-feiras eram livres para o relacionamento sexual, mas isso desde que não fosse dia de jejum ou de festivais religiosos, como a quaresma (40 dias antes da Páscoa), durante o Natal, sete, cinco e três dias antes da comunhão. Vale lembrar que todos os dias do ano são consagrados a um santo e, portanto, segundo a Igreja, nenhum dia poderia ter algo de

prazeroso, pois o prazer é a vontade do homem opondo-se à vontade de Deus. O prazer sexual é, pois, coisa de bruxas e demônios.

Como, então, obedecer ao preceito bíblico de “crescei e multiplicai-vos”? (GÊNESIS, 1, 27). Santo Ambrósio relacionou o prazer aos impulsos sexuais representados pela “carne humana” (BROWN, 1990, p. 289) e pelo pecado original. Assim, “qualquer corpo humano carregava uma cicatriz medonha” (p. 289) já ao nascer, consequência dos impulsos sexuais paternos. A criança era, assim, o pecado feito carne. Contudo, a “dupla mancha de origem sexual” (p. 289) não está presente no corpo não-maculado de Cristo, porque foi concebido por um espírito santo e num ventre sem pecado e ausente de impulsos sexuais, o que fez com que Maria se mantivesse virgem mesmo após o parto. Ao pensar a impossibilidade da concepção dos seres humanos na ausência de desejo sexual, Ambrósio estabeleceu uma ponte entre o corpo não-maculado de Cristo e o corpo humano decaído pela ‘dupla mancha’ que, através do batismo e da continência, tivesse sua integridade restaurada na Ressurreição. Ao ser batizado, a vida do indivíduo passa ser considerada uma passagem para uma outra vida além da morte e o bem maior do ser humano passa a ser a “suprema felicidade da vida intocada pela morte” (BROWN, 1990, p. 289).

Nos discursos bíblicos de que Brown se serve para produzir seus textos, o pecado original, ou seja, a ‘mácula da carne’ está ausente no nascimento de Adão e Eva e foram criados para pertencerem à categoria não-animal. Sendo assim, eram habitados pelo Espírito Santo e tinham como destino a vida eterna. Porém, “ao abandonarem seu casamento com o Espírito Santo, viram-se forçados a [...] manter relações entre si de um modo que Deus não pretendia para eles” (p. 87). Isso turvou “a fronteira clara que mantinha o ser humano numa categoria distinta da dos animais” (p. 87). Desde o momento em que Eva se deparou com a serpente “que lhe ensinara a fazer o que os animais faziam: ter relações sexuais” (p. 87), eles descobriram, através do sexo, seu pertencimento ao mundo animal e sua mortalidade. Por Eva ter produzido o homem em pecado, todas as mulheres são punidas com a herança da luxúria, da qual Deus teria poupado o varão: “toda bruxaria tem origem na cobiça carnal, insaciável na mulher. [...] Abençoado seja o Altíssimo, que até agora tem preservado o sexo masculino de crime tão hediondo: como Ele veio ao mundo e sofreu por nós, deu-nos, a nós homens, esse privilégio” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 121). Santo Tomás, após incitar os homens para que resistam à sedução feminina, incita as mulheres a boicotarem seus ventres. Assim, casamento e parto passaram a significar a continuidade de “soberba” [...] e da “violência de que dependia a

estabilidade social” (BROWN, 1990, p. 91-92), fazendo com que o destino fosse “os longos anos de escravização do corpo, na condição de parideira e amamentadora de filhos” (p. 92). A rejeição das relações sexuais, principalmente pela mulher, passa a configurar uma janela aberta para a eternidade junto a Jesus, uma não-escravização do corpo à servidão humana.

A alma católica é a ligação do Homem, em sua humanidade, à divindade, devendo ser governada para ter acesso ao divino. A salvação da alma é possível através do sacramento do batismo, que só pode ser concedido a quem está vivo. Dessa forma, era importante para a Igreja que a criança nascesse viva e fosse batizada para obter, se morresse, a condição de anjo do Senhor. Quando fosse do sexo feminino poderia ter o retorno, após a morte e através do batismo, à condição masculina de onde procedera (BROWN, 1990, p. 104). Portanto, interessava à Igreja que a criança nascesse viva para ser batizada, mesmo que sobrevivesse por pouco tempo após o nascimento, já que a morte prematura era ‘natural’ e esperada: deixava-se morrer o corpo de alma salva. Merecedor de atenção especial era o moribundo sem arrependimento e sem batismo. As almas que não se dirigiam aos céus por não terem recebido o batismo, eram merecedoras de infinitas orações.

As crianças consideradas impuras por não terem sido batizadas em vida aparecem na oratória de Pedro, o juiz de Boltingen, nos seguintes termos: crianças recém-nascidas e, principalmente, não-batizadas, são cozidas no caldeirão da bruxa “até que toda a carne se desprenda dos ossos e se transforme num caldo fácil de ser bebido” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 217). Tal cozido dá origem a diversos outros produtos; da parte mais sólida, é produzida uma pomada de grande valia para os ritos de bruxaria, para os prazeres e vôos noturnos; através da ingestão da parte líquida do cozido, guardado em cantil ou odre, adquire-se “imediatamente profundo conhecimento da seita e se transforma numa das [suas] líderes” (p. 217). Mas há uma exceção: a parteira cristã, e apenas ela, além dos padres, podia batizar. Dessa maneira, a criança não morreria em danação caso não sobrevivesse até que o padre a batizasse. Este, por sua vez, não podia presenciar o parto por ser homem (DINIZ, 1996).

Ao mesmo tempo em que a bruxaria foi considerada uma atividade predominantemente feminina, era também considerada uma prática de pessoas não-instruídas, porque não era descrita nos livros ou ensinada por pessoas letradas. Enquanto prática de iletrados, o ofício de bruxa tinha apenas o fundamento da prática pessoal, sem a qual a ninguém era dado “atuar como mago ou bruxa” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p.

206). Foi somente com a modernidade que o discurso da igreja e das bruxas foi banido pelo pensamento científico, que passa a ser o único discurso aceito como verdadeiro. Mas o pensamento de que o parto continua sendo uma punição pelo sexo permanece de alguma forma, presente no isolamento imposto à mulher no hospital, na manutenção de procedimentos de 'limpeza ritual' como a tricotomia, o enema e o próprio banho com a finalidade exclusiva de higiene; na presença de humilhações de caráter sexual, por exemplo, 'gozou, agora agüenta' ou 'para fazer foi fácil. Agora não adianta gritar. Fecha a boca e empurra'.

4.2 Educação das mulheres para o pré-natal, parto e puerpério 'humanizados'

A afirmativa do Ministério da Saúde de que "as mulheres estão sendo estimuladas a fazer o pré-natal, [...] respondendo a esse chamado, acreditando que terão benefícios ao procurar os serviços de saúde, [depositando] sua confiança e [entregando] seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente a cuidarem delas" (BRASIL, 2000d, p. 10) vem acompanhada do questionamento: "como ser capaz de corresponder à confiança que as mulheres demonstram ao aderir a assistência pré-natal?" (p. 10).

A resposta a essa pergunta, vem em seguida: isso deve ser "um desafio a ser aceito pelos profissionais que escolheram trabalhar com a prática geral da saúde ou, especificamente, com gestantes, ou ainda, que por força das circunstâncias, se depara com essa função no seu dia-a-dia" (p. 10). Tal desafio deve ser acompanhado de um sistema de gestão que afirma garantir o controle do retorno da mulher e, nesse retorno, o levantamento de sua 'vida obstétrica' desde a última consulta. As consultas subseqüentes não obedecerão a mesma metodologia, isto é, a mulher não terá mais o mesmo espaço de tempo para ser ouvida. O profissional não mais se contentará com a escuta atenta da grávida ou puérpera para que sejam garantidos, levantados e revisados 'todos' os aspectos de sua responsabilidade. Por isso, além do que a mulher disser 'espontaneamente', haverá a necessidade questioná-la sobre os sinais que podem evidenciar problemas em seu corpo grávido ou recém-parido. Haverá necessidade de submeter esse corpo, e substâncias dele provenientes (fluxos, secreções), a exames (laboratoriais e no próprio corpo, por exemplo, a ecografia) que poderão, dessa forma, ter também o olhar de outros especialistas.

A Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2001d) afirma sua verdade sobre a assistência

obstétrica e neonatal, definindo-a como “condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério”, compreendendo dois aspectos:

A convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; [...] a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2001d).

Para o atendimento ao parto, o Ministério da Saúde considera a assistência pré-natal condição para a diminuição de riscos. A organização dessa assistência segue a premissa da Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e diz atender “as reais necessidades da população de gestantes, através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso” (BRASIL, 2000d, p. 9). Tais ações visam a captura precoce de todas as gestantes que fazem parte da área de abrangência da unidade de saúde e a continuidade no atendimento para acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materna e perinatal. Por isso, é editada uma lista de condições mínimas que a instituição deve garantir, na qual estão incluídas práticas de “discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias” (p. 15). O indicador do SISPRENATAL (BRASIL, 2002c) demonstra que “4,07% das gestantes inscritas no Programa de Humanização do Pré-Natal realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo programa e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério” (BRASIL, 2004d, p. 28-29). Para contemplar “as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas” (p. 16) em que estão inseridos, o Estado institui estratégias que extrapolam o momento da gestação e do parto, instituindo programas destinados a grupos de mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina, grupos para redução da morbimortalidade por câncer na população feminina, de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, de atenção à saúde da mulher no climatério, de atenção à saúde da mulher negra, de atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade, de atenção à saúde da mulher indígena e de atenção à saúde das mulheres que cumprem pena em presídios. A população de mulheres grávidas atendidas faz parte da estratégia de atendimento a todas as mulheres (p. 69-72).

Uma segunda condição mínima para a garantia da continuidade da atenção materna e perinatal é a

identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no primeiro trimestre da gravidez, visando as intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção (BRASIL, p. 15-16).

A preocupação permanente envolve a educação continuada dos prestadores de serviço e, também, da população. Além dos aspectos específicos da obstetria, o programa afirma a necessidade de treinamento da equipe para a formação de vínculo e, assim, garantir a continuidade do “acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, em intervalos preestabelecidos, acompanhando-as tanto na unidade de saúde, em consultas individuais, quanto em seus domicílios e através de reuniões comunitárias” (p.16), nas unidades de saúde, postos de saúde da família, igrejas, salões, hospitais e outros. Para isso, o manual confere aos “profissionais de formação universitária [a responsabilidade de] promover a capacitação dos demais membros da equipe, visando garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos (BRASIL, 2000d, p. 45).

Uma terceira condição mínima é a existência ou formação de um “sistema eficiente de referência e contra-referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, para toda a clientela, conforme a exigência de cada caso” (p. 16-17). Tal condição permite que a gestante atendida no nível básico de atenção, possa ser encaminhada para um nível de atenção mais complexo (um centro de saúde, um hospital de referência para cuidados primários, secundários e terciários) acompanhada do “cartão da gestante, bem como informações sobre o motivo do encaminhamento e dos dados clínicos de interesse” (p. 16). Essa modalidade pretende, também, garantir o retorno à unidade básica de origem, com as informações geridas no local para o qual foi encaminhada. Um sistema assim constituído precisaria atingir e educar a população não-incluída nos 4,07% das gestantes que realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo programa e não incluída nos 9,43% que realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. O governo espera que, com prescrições específicas para cada período da gestação e do parto, possa além de simplificar a atenção, prevenir danos e agravos à vida da gestante e de seu filho. Assim, ao atingir a resolutividade esperada, reduziria custos ao Estado, aumentaria o controle sobre a gestante e a família, reduziria o número de ações a serem executadas no

longo prazo, possibilitaria o atendimento a um maior número de gestantes, através da disponibilidade de ‘vagas’ às consultas no pré-natal e de internação hospitalar para o parto: racionalidade nas práticas de governo e mais possibilidades de satisfação da população pelo atendimento disponível.

Para que tais práticas sejam desenvolvidas, o manual descreve os recursos necessários para atender as ‘condições mínimas’, que um Centro de Atenção à Saúde, deve ter:

- a) recursos humanos que possam acompanhar a gestante segundo os princípios técnicos e filosóficos da assistência integral à saúde da mulher, no seu contexto familiar e social; b) área física adequada para atendimento a gestante e familiares, com condições adequadas de higiene e ventilação. A privacidade é um fator essencial nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos.
- c) equipamento e instrumental mínimos, devendo ser garantido a existência de: mesa e cadeiras (para entrevista); mesa de exame ginecológico; escada de dois degraus; foco de luz; balança para adultos (peso/altura); esfigmomanômetro (aparelho de pressão); estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; fita métrica flexível e inelástica; espéculos vaginais; pinças de Cheron; material para colheita de exame colpocitológico; sonar doppler (se possível); gestograma ou disco obstétrico; d) medicamentos básicos; e) apoio laboratorial para a unidade básica de saúde, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina: dosagem de hemoglobina (Hb); grupo sanguíneo e fator Rh; teste de Coombs; sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose em 2 horas (dextrosol); exame sumário de urina (Tipo I); urocultura com antibiograma; exame parasitológico de fezes; colpocitologia oncótica; bacterioscopia do conteúdo vaginal; Teste Anti-HIV; coombs indireto (BRASIL, 2000d, p. 17).

Na alínea ‘f’ está prescrito o registro, o processamento e a análise dos dados registrados a fim de “permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, através da coleta e da análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio” (p. 16-17). O instrumento destinado a garantir o fluxo de informações no sistema de referência e contra-referência é o ‘cartão da gestante’⁸⁹, no qual está prevista a anotação dos principais dados de acompanhamento da gestação: as consultas de pré-natal, vacinação, sintomas apresentados, aspectos relacionais com os membros da família, alterações que precisariam ser informadas à enfermeira e ao médico da unidade. Esse cartão poderá ser apresentado à qualquer serviço de saúde em que a gestante buscar atendimento e, se tiver alguma orientação quanto às anotações nele realizadas, poderá acompanhar o desenvolvimento de sua gestação.

⁸⁹ No ano de 2000 foram distribuídos dois milhões de unidades de cartão da gestante às Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Além desse instrumento, é prescrito que a instituição registre, num ‘mapa diário’, as ações de assistência pré-natal, com as informações mínimas de cada consulta prestada. Tal mapa alimenta as informações do SISPRENATAL.

O último instrumento descrito nesse manual é a ‘ficha perinatal’, destinada à coleta de dados para uso dos profissionais da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério, permanecendo na instituição. Ainda dentro das necessidades prescritas para o desenvolvimento de práticas nas unidades que atendem ao período que antecede o parto, há “avaliação permanente da assistência pré-natal, com vistas à identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como do desempenho do serviço” (BRASIL, 2000d, p. 17). Em tal avaliação, são utilizadas as “informações obtidas no processo de referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do estado para subsidiar mudanças de estratégia quando necessário” (p. 17).

4.3 Prescrevendo modos de ser educada no ‘programa de humanização do parto’

O programa preconiza que a mulher ingresse no sistema de acompanhamento do ciclo gravídico puerperal até o quarto mês da gestação, e que o intervalo entre suas consultas não deve ser superior a quatro semanas e que, após a 36^a semana de gravidez, o acompanhamento poderá ser semanal. Essa sistemática objetiva detectar precocemente alterações que impliquem riscos à mulher ou ao feto, através de medida da pressão arterial e da altura uterina, da verificação da presença de edemas, da qualidade e frequência dos movimentos do feto e dos seus batimentos cardíacos; e, ainda mais frequentemente, caso o parto não ocorra até sete dias após a data provável do nascimento. Nesta situação, o manual determina que a mulher terá consulta médica assegurada e deve ser referida (encaminhada) para um serviço de maior complexidade conforme a necessidade.

O ingresso precoce, ou seja, até o quarto mês de gestação, visa a garantir um “pré-natal completo” que, conforme definição do programa se conclui após a consulta de puerpério. Como já citado anteriormente, as instituições que fazem parte dessa rede de atendimento recebem um adicional financeiro por cada etapa concluída. Para a efetivação do pagamento de uma etapa, o programa impele o serviço para a execução da próxima e, caso não preencha os critérios estabelecidos, não permitirá o pagamento da etapa anterior e quebrará todo o ciclo de atendimento, ou seja, dos ‘adicionais’ previstos.

Durante o acompanhamento da gravidez, definida no programa, como o “período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta” (BRASIL, 2000a, p.11), a gestante aprende que “essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo” (p.11). Daí o programa produzir-se como um instrumento para dirimir tais sentimentos quando associados à ‘simples curiosidade em saber o que acontece no interior de seu corpo grávido’. Por isso coloca como um dos objetivos principais dessas visitas, o “caráter integral e abrangente sobre sua família e seu contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser observada e discutida com a equipe na unidade de saúde” (p. 13). Nesse momento, alterações na família ou em algum de seus membros são considerados fator de risco para a gestante. Para compor o que chama de “construção da qualidade da atenção pré-natal”, o programa descreve objetivos operacionais que incluem uma a duas visitas domiciliares com a finalidade de “captar gestantes não inscritas no pré-natal, reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que elas podem apresentar complicações” (p. 13). Para tanto, contam com o auxílio dos profissionais das unidades de saúde e dos agentes comunitários de saúde que, ao visitarem a mulher em seu domicílio, reforcem a importância da consulta agendada; a falta à consulta implica riscos para sua saúde e o comprometimento do bem-estar de sua família. Para que o acesso ao domicílio da gestante, preconizado pelo programa, ocorra sem dificuldades, o processo de visitação inicia-se no ‘acolhimento’ quando a “história que cada mulher grávida carrega em seu próprio corpo deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes” (p. 9).

Outro objetivo visa “o acompanhamento e a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período de tempo, seja considerado inconveniente ou desnecessário” (p.13). Tal objetivo considera que a presença da gestante na instituição de saúde não é condição indispensável ao seguimento do programa, podendo ser substituída pela visita domiciliar nas situações em que seu deslocamento seja ‘inconveniente’ e até mesmo ‘desnecessário’.

O programa afirma que o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar pode ser reavaliado, seguido e reorientado para outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde, através do pessoal que realiza as visitas domiciliares (p. 13). Pode-se dizer, então, que o pessoal que realiza essas visitas atua como censor do grau de disciplinamento da

gestante, da família e de si mesmo, tendo por instrumento avaliativo a participação desses nas práticas listadas, que ‘precisam’ ser orientadas e que, por isso mesmo, passam a orientar as condutas abordadas pela instituição quer seja na unidade ou no domicílio. Assim, o “intercâmbio de experiências e conhecimentos” (BRASIL, 2000a, p. 11), considerados no programa “a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação” (p. 11), produz uma realidade diferente à medida que modifica o que pode ser mensurado através de suas práticas. Daí a possibilidade de produzir outros conhecimentos em relação a tais realidades.

Ao constituírem “o foco principal do processo de aprendizagem” (p. 11), as gestantes são consideradas instrumentos de mudança das regras sociais, pois através delas se pode “atuar, também, junto aos companheiros e familiares” (p. 12). Dessa maneira, o Ministério da Saúde posiciona-se como instituição que tem a possibilidade utilizar as mulheres como suas principais agentes de controle e educação para a saúde. Um personagem assim focado desloca ainda mais a posição do homem na sociedade e impõe mudanças ao setor saúde que trata da educação para sua promoção, na esperança de “mudanças sociais” (p.12) que atendam as ordens nacionais e mundiais para a gestão da vida.

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, o programa destaca as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os indivíduos em questão. Indica, como local de execução dessas atividades, a unidade de saúde ou outro local fora dela, em que a conduta do profissional evite o estilo palestra, considerada ‘pouco produtiva por seguir um roteiro preestabelecido’ pelo palestrante e avaliado, na maioria das vezes, como ‘menos importantes’ para os demais participantes. No entanto, é especificada uma lista de temas para a qual os profissionais devem estar preparados para abordar, instigar, educar, disciplinar e controlar a população-alvo. A lista de tópicos nos quais a gestante e sua família precisam ser educados, indicada pelo governo, consta de assuntos que abrangem a vida da população em fases diversas de suas vidas:

Importância do pré-natal; sexualidade; orientação higienodietética; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; sinais e sintomas do parto; importância do planejamento familiar; informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério; importância da participação do pai durante a gestação; importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança; aleitamento materno; preparo psicológico para as mulheres que têm contra-indicação para o aleitamento materno (portadoras de HIV e cardiopatia grave); importância das consultas puerperais; cuidados com o recém-

nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas [como] vacinação, higiene e saneamento do meio-ambiente (BRASIL, 2000a, p. 12).

Abrangendo tão amplamente aspectos da vida e da economia, toma a sexualidade feminina e seus aspectos reprodutivos como estratégia para atingir a sociedade. Tal pensamento ocorre pelo simples fato de que mesmo que não sejam todas as mulheres que gerem filhos, todas as crianças são geradas por mulheres. Assim, as mulheres devem ser instrumentalizadas para a educação e o cuidado de si mesmas e de seus filhos, de maneira que não se possa mais definir qual sua ‘origem’: se a mulher que gesta e é educada para sua gestação e para o cuidado e educação de seu filho desde o nascimento, ou se a criança que desde seu nascimento é educada para ser de determinada maneira em relação ao cuidado consigo e com a sociedade. Ao incluir todas as gestantes no programa de humanização do parto, o governo pretende em determinado prazo, uma forma de controle de toda a população, instrumentalizando e destacando a mulher para essa política. Daí o interesse e as estratégias divulgadas para a captação de gestantes e de seu grupo familiar ao pré-natal e para as ‘ações complementares’. O pré-natal serve como prática de captação de indivíduos a outros programas de educação e promoção da saúde; não é a única prática ou a que dá origem às demais captações, mas uma prática de captação importante e estratégica.

Existe uma lista de práticas a serem seguidas que vão do diagnóstico da gravidez ao acompanhamento no puerpério. Para o diagnóstico da gravidez, o programa indica que “pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro da unidade básica” (BRASIL, 2000a, p. 19), a partir da solicitação do Teste Imunológico de Gravidez - TIG. Caso o resultado seja negativo nessa ocasião, a mulher deverá ser encaminhada para avaliação clínico-ginecológica e persistindo amenorréia, o programa indica as avaliações que devem ser realizadas e registradas: “ciclo menstrual, data da última menstruação, atividade sexual, atraso ou irregularidade menstrual, náuseas, crescimento abdominal, atraso menstrual em mulheres maiores de 10 anos com atividade sexual” (p. 20). Quando a gravidez é confirmada, o TIG deverá ser repetido após 15 dias e, aí, ser iniciado o acompanhamento da gestante.

As práticas a serem realizadas por ocasião do início do acompanhamento da gestação são descritas minuciosamente e indicam, para a primeira consulta, o levantamento da história clínica da gestante, o exame físico, a solicitação de exames laboratoriais e ações complementares. Cada um desses tópicos são desdobrados para compor uma consulta

distribuída em três tempos distintos de execução: o primeiro inquisitorial; o segundo examinatório e, o terceiro, educativo ou disciplinador. Assim, faz parte da História Clínica a coleta de Dados de Identificação, Dados socioeconômicos e culturais, Motivos da consulta, Antecedentes familiares, Antecedentes pessoais, Sexualidade, Antecedentes ginecológicos, Antecedentes obstétricos, Dados sobre a gestação atual.

Nos ‘dados de identificação’, a lista de prescrições mínimas refere-se à idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual. Isso permite a localização e encaminhamento da gestante ao pré-natal e referência ao local de parto conforme seu domicílio.

No que se refere aos ‘dados socioeconômicos e culturais’, são coletadas informações como grau de instrução, profissão/ocupação, situação conjugal, número e idade de dependentes⁹⁰ (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico), renda familiar per capita, pessoas da família que participam da força de trabalho, condições de moradia (tipo, número de cômodos, alugada / própria), condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo).

O manual determina que seja assinalado no cartão de acompanhamento do pré-natal, se a gestante procurou diretamente a unidade de saúde, se foi encaminhada pelo agente comunitário e os ‘motivos’ que a levaram a procurar atendimento. Ao esclarecer tal questão, o profissional pode, no mínimo, depreender sobre o disciplinamento ou processo de educação para a saúde que esta mulher ou sociedade receberam.

Quanto aos ‘antecedentes familiares’, o manual recomenda uma especial atenção para a identificação e anotação da presença de familiares hipertensos, diabéticos, portadores de doenças congênitas, gêmeos, portadores de câncer de mama e também contato com pessoas portadoras de hanseníase, tuberculose e outras doenças transmissíveis. Já quanto aos ‘antecedentes pessoais’, o manual recomenda especial atenção para “hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, doenças renais crônicas, anemia, transfusões de sangue, doenças neuropsiquiátricas, viroses (rubéola e herpes), cirurgia (tipo e data), alergias, hanseníase, tuberculose” (BRASIL, 2000a, p. 21). Nos aspectos relacionados à sexualidade, é prevista uma revisão da vida sexual do indivíduo desde o “início da atividade sexual (idade da primeira relação), desejo sexual (libido), orgasmo (prazer), dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual), prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores, número de parceiros” (p. 22). O manual classifica, ainda, os

⁹⁰ Os termos contidos nos parênteses foram mantidos conforme as prescrições do manual (BRASIL, 2000d, p. 21-23).

antecedentes da gestante em antecedentes ginecológicos e obstétricos. Nos antecedentes ginecológicos há uma listagem de dados indicados para coleta que inclui:

Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade), uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono), infertilidade e esterilidade (tratamento), doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro), cirurgias ginecológicas (idade e motivo), mamas (alteração e tratamento), última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou 'preventivo', data e resultado), (BRASIL, 2000a, p. 22).

E, nos antecedentes obstétricos, a lista sugestões ou 'ordens' inclui a busca de informações sobre o recém-nascido e a amamentação em gestação(ões) anterior(es):

Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme); número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas - indicações); número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós abortamento); número de filhos vivos; idade da primeira gestação; intervalo entre as gestações (em meses); número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2500g) e com mais de 4000g; mortes neonatais precoces - até 7 dias de vida (número e motivos dos óbitos); mortes neonatais tardias - entre 7 e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos); natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu); recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, exsanguinotransfusões; intercorrência ou complicações em gestações anteriores (especificar); complicações nos puerpérios (descrever); histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame); intervalo entre o final da última gestação e o início da atual (p. 22).

Para o levantamento de informações sobre a história da 'gestação atual', o roteiro de prescrições prevê que sejam identificados:

Data do primeiro dia da última menstruação - DUM (anotar certeza ou dúvida); data provável do parto - DPP; data da percepção dos primeiros movimentos fetais; sinais e sintomas na gestação em curso; medicamentos usados na gestação; a gestação foi ou não desejada; hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e uso de drogas ilícitas; ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse) (p. 23).

O segundo tempo da consulta é caracterizado pela realização do 'exame físico geral e específico'. É com os achados do exame físico que a história clínica da gestante pode ser confrontada. Assim, informações fornecidas para o cálculo da idade gestacional e da data provável do parto são confrontadas com a medida da altura uterina e o trimestre gestacional pode ser determinado e registrado conforme o número de semanas decorridas e constatadas a partir da data da última menstruação e enquadrados como: 1º trimestre, 2º trimestre e, 3º trimestre com os períodos compreendidos, respectivamente de até a 13ª

semana de gestação, entre a 14^a e a 27^a semana de gestação e acima das 28 semanas de gestação.

Os passos mencionados para o ‘exame físico geral e específico’ descrevem as práticas que seguem:

Exame físico geral: determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante; medida e estatura; determinação da frequência do pulso arterial; medida da temperatura axilar; medida da pressão arterial; inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireóide; ausculta cardiopulmonar; exame do abdome; palpação dos gânglios inguinais; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (face, tronco, membros). ***Exame físico específico (gineco-obstétrico):** exame das mamas (orientado, também, para o aleitamento materno); medida da altura uterina; ausculta dos batimentos cardíacos (entre a 7^a e 10^a com auxílio do Sonar Doppler e após a 24^o semana com estetoscópio de Pinard); identificação da situação e apresentação fetal (3^o trimestre); inspeção dos genitais externos; exame especular com inspeção das paredes vaginais, inspeção do conteúdo vaginal, inspeção do colo uterino e coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme ‘Manual de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas’⁹¹; toque vaginal e outros exames, se necessários. ***Solicitação dos Exames Laboratoriais de Rotina e Outros, se Necessários** (ver item 2.5, letra e⁹²) (BRASIL, 2000a, p. 23).

Dentro da perspectiva de Atenção Integral à Saúde da Mulher, as ‘ações complementares’ prevêm avaliações nutricionais nas quais o critério de normalidade é dado pela curva de peso/idade gestacional e/ou medida do perímetro braquial; orientações referentes ao acompanhamento pré-natal com esclarecimentos sobre a seqüência das consultas médica e de enfermagem cujo calendário é programado em função da idade gestacional na primeira consulta⁹³; orientação e fornecimento do calendário de visitas domiciliares e das reuniões educativas; entrega do cartão da gestante com a identificação preenchida e orientação sobre a importância a ele conferida; o calendário de vacinas e

⁹¹ O Ministério da Saúde publicou em 1987 um manual cujo título é ‘Controle de câncer cérvico-uterino e de mamas: Normas e Manuais Técnicos’. Uma publicação bastante enxuta e clara sobre como realizar exames vaginais e de mamas encontra-se na publicação da Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis, intitulada ‘Manual do Serviço de Prevenção do câncer do Colo do Útero e de Mamas’ publicada em 2003 (MANUAL, 2003). Nenhuma das duas publicações é referenciada no ‘Assistência Pré-Natal: Normas e Manuais Técnicos’ (BRASIL, 2000d).

⁹²“e) apoio laboratorial para a unidade básica de saúde, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina: dosagem de hemoglobina (Hb); grupo sanguíneo e fator Rh; teste de Coombs; sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose em 2 horas (dextrosol); exame sumário de urina (Tipo I); urocultura com antibiograma; exame parasitológico de fezes; colpocitologia oncótica; bacterioscopia do conteúdo vaginal; Teste Anti-HIV; coombs indireto” (BRASIL, 2000d, p. 16-17).

⁹³ Outros critérios são considerados para o agendamento das consultas, entre eles “os períodos mais adequados para a coleta de dados necessários ao bom seguimento da gestação; os períodos nos quais se necessita intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações; os recursos disponíveis nos serviços de saúde e da possibilidade de acesso da clientela aos mesmos” (BRASIL, 2000d, p. 20).

orientações sobre as mesmas; a referência para vacinação antitetânica quando a gestante não estiver imunizada; a solicitação dos exames de rotina; as orientações sobre a sua participação nas atividades educativas: reuniões em grupo e visitas domiciliares e a referência das mesmas para tais práticas; educação individual da gestante (respondendo suas dúvidas e inquietações); o agendamento da consulta médica para pesquisa de fatores de risco; referência para atendimento odontológico e referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado (BRASIL, 2000d). O roteiro para as consultas subseqüentes envolve as seguintes ordens:

Revisão da ficha perinatal e anamnese atual; cálculo e anotação da idade gestacional; controle do calendário de vacinação. Exame físico geral e medida da pressão arterial; determinação do peso; gineco-obstétrico: inspeção da pele e inspeção das mamas; das mucosas; palpação obstétrica e medida da altura uterina anotar no gráfico e observar o sentido da curva para ausculta dos batimentos cardíacos; avaliação do crescimento fetal; toque vaginal, exame especular; pesquisa de edema; e outros, se necessários. Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessários: acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados; realização de ações e práticas educativas (individuais e em grupos); agendamento de consultas subseqüentes (p. 18).

O roteiro listado anteriormente engloba a realização de práticas padronizadas de avaliação da gestante e da gestação que, a cada consulta, devem ser repetidas da mesma maneira. Os achados diagnósticos e as condutas “devem ser anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante. Para que tais condutas sejam uniformes, as práticas são cuidadosamente descritas. Assim, para o Cálculo da Idade Gestacional (IG) são consideradas três situações. Na primeira, quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida, utiliza-se o calendário contando “o número de semanas a partir do primeiro dia da última menstruação até a data da consulta. A data provável do parto corresponde ao final da 40ª semana, contada a partir da data do primeiro dia da última menstruação” (p. 24). Nessa situação, é indicado, também, o uso do gestograma ou ‘disco’, distribuído pelo Ministério da Saúde, com instruções de uso no verso. A segunda situação refere-se à data da última menstruação desconhecida, mas é conhecido o período do mês em que ela ocorreu. Assim, o manual indica que “foi no início, meio ou final do mês, deve-se considerar como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente [...] e proceder, então, à utilização de um dos métodos acima descritos” (p. 18). E, por último, quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos, é recomendado que a medida da altura uterina realizada por ocasião do exame físico seja posicionada na curva de crescimento uterino para verificação da IG correspondente a esse ponto. A idade gestacional determinada dessa maneira deve ser considerada “muito duvidosa e [portanto,

ser assinalada] com interrogação na ficha perinatal e no cartão da gestante” (p. 25). Ainda, “quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a IG e a DPP serão inicialmente determinadas por aproximação, basicamente, através da medida da altura do fundo do útero e do toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais” (p. 25). Nesse caso, diz o manual, “pode-se utilizar a altura uterina juntamente com o toque vaginal’ considerando-se parâmetros que relacionam idade gestacional e alterações no tamanho do útero”, conforme segue:

Até a 6ª semana não ocorre alteração do tamanho uterino; na 8ª semana o útero correspondente ao dobro do tamanho normal; na 10ª semana o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual; na 12ª semana enche a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica; na 16ª semana o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical; na 20ª semana o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical; a partir da 20ª semana, existe uma relação aproximada entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel, a medida que se aproxima o termo (BRASIL, 2000d, p. 25).

A solicitação de ultra-sonografia obstétrica precoce é indicada pelo manual quando, na situação de desconhecimento da data provável da fecundação não “for possível determinar a idade gestacional clinicamente” (p. 25).

Por último, é descrito o Método para Cálculo da data Provável do Parto (DPP). Para isso, deve-se levar “em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas a partir da DUM). Mediante a utilização de um calendário ou disco [ou] somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses ao mês em que ocorreu a última menstruação” (p. 25). A fim de deixar claro como o cálculo deve ser efetuado, o manual descreve dois cálculos de DPP: se a data da última menstruação foi 13/09/1995, a data provável do parto calculada por esse método será a de 20 de junho de 1996; se a data da última menstruação foi 27/06/1995, a data calculada como provável para esse parto será a de 04 de abril de 1996.

Além da importância dada ao cálculo da idade gestacional e da data provável do parto, o manual descreve, em outras tantas minúcias, a forma de calcular o peso e o aumento ponderal adequado para a gestante ao longo da gestação; de determinar os níveis da pressão arterial, os significados dos diferentes achados e as condutas em suas alterações; de verificar a presença de edema; e medir a altura uterina para o acompanhamento do crescimento fetal, de auscultar os batimentos cardíacos do feto; de encaminhar a gestante para exames laboratoriais na assistência pré-natal com ênfase nas condutas para o teste anti-HIV na gestação, esquema para detecção de diabetes mellitus gestacional e, conforme indicação clínica, exames de colpocitologia oncótica quando o último exame ocorreu há

mais de três anos, hemograma, coombs indireto, cultura de urina com antibiograma, exame parasitológico de fezes e exame bacterioscópico a fresco do conteúdo vaginal (BRASIL, 2000d).

Para que tais exames tenham os resultados esperados e possam ser lidos conforme a ‘gramática da humanização’, o manual publica, em anexo, as “Técnicas Padronizadas para os Exames Clínico e Obstétrico” (BRASIL, 2000d, p. 52-61) e afirma que essas técnicas precisam ser executadas de maneira “correta e [uniforme a fim de] garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos [...] do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a comparação entre os mesmos” (p. 51). Ao listar as práticas, descrever de maneira pormenorizada e divulgar tais procedimentos, o governo indica o que os profissionais devem realizar e como realizar; o que as mulheres devem procurar, o que precisam receber e como devem proceder no decorrer da consecução de tais práticas. Assim, ao ressaltar a importância da “lavagem das mãos do examinador, quantas vezes se fizer necessário, durante o atendimento à gestante” (p. 51), o manual não só indica ao profissional a conduta que considera adequada em seu atendimento, mas, também, o que a gestante deve observar e esperar do profissional que lhe presta o cuidado, proporcionando uma forma de controle de todos e de cada um, por todos e cada um. Em cada um dos procedimentos listados encontra-se uma combinação de interesses que se confundem na prática em si, como se pode ler nas sugestões postas para a pesagem, quais sejam:

deve ser realizada em balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 gramas; antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e tarada; a gestante, descalça e vestida apenas com o avental, deve subir na plataforma e ficar em pé, de frente para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio; mover o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo; voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima). Em seguida, mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja o equilíbrio entre o peso da escala e o peso real da gestante (o braço da balança fica em linha reta e o cursor aponta para o ponto médio da escala). Ler o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor, com aproximação de até 100 gramas. Anotar o peso encontrado no prontuário, para efetuar o cálculo do ganho de peso e anotar no gráfico do cartão da gestante e da ficha perinatal (p. 51-52).

Ainda outros procedimentos são detalhados: Medida da estatura, Medida da pressão ou tensão arterial, Medida da altura uterina, Detecção de edema nos membros inferiores, Identificação da Situação e Apresentação fetal, Ausculta dos batimentos cardíacos (BCFs) com estetoscópio de Pinard.

Ao descrever as ‘Conduitas nas Queixas mais Frequentes na Gestação Normal’, o manual ressalta que “as orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas” (p. 51), e que tais manifestações “diminuem ou desaparecem sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo” (BRASIL, 2000d, p. 51) na gestação. A partir das queixas das gestantes, são orientadas práticas educativas e disciplinares à gestante para que reconheça a normalidade ou não dos sinais e sintomas referidos, para o uso criterioso de medicamentos e para a procura de serviço de maior complexidade de atenção ou encaminhamento à consulta médica quando as manifestações persistirem ou piorarem. Dessa forma, às queixas de náuseas, vômitos e tonturas da gestante, é acionado um esquema de condutas que prevêm a orientação para uma dieta fracionada que consista de, pelo menos, seis refeições leves ao dia, que seja evitado “a ingestão de frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se, pela manhã” (p.51). A consulta médica nesse caso é recomendada em “em caso de vômitos freqüentes” (p. 51). Já à pirose ou azia, a gestante deve ser orientada para: “dieta fracionada, evitando frituras; ingerir leite frio; evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo [... e], a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos antiácidos” (p. 51). Enquanto que na sialorréia, ou salivação excessiva, o manual recomenda a explicação de que “esse é um sintoma comum no início da gestação, [... que a dieta deve ser] semelhante à indicada para náusea e vômitos [e que a gestante deve] deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância” (p. 51). Nas queixas de fraquezas e desmaios, a gestante deve ser orientada “para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade, [ingira dieta fracionada e beba] chá ou café com açúcar como estimulante, desde que não estejam contra-indicados” (p. 51). Nesse caso, a gestante deverá ser orientada a “sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente” (p. 52) para a melhora da sensação de fraqueza e desmaio. Orientações para o manejo de ‘Hemorróidas’ que surgem na gestação são dadas à mulher para que modifique sua dieta “a fim de evitar a obstinação intestinal: [...] não use papel higiênico colorido ou áspero” (p. 52), utilize água e sabão neutro para realizar a higiene perineal após defecação, faça uso de “banhos de vapor ou compressas mornas [e agende] consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente” (p. 52).

O rol de ‘queixas’ e de orientações correspondentes, se estende a outros aspectos do cotidiano da grávida. O ‘Corrimento vaginal’ é explicado como “um aumento de fluxo

vaginal comum na gestação” (p. 58) que não necessita de tratamento através de cremes vaginais quando não há diagnóstico de infecção vaginal. Entretanto, diz o manual, a consulta médica dever ser agendada caso ocorra “fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido, ou caso haja prurido” (p. 58). Nessa situação, o profissional é remetido ao ‘Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-AIDS/MS’ (BRASIL, 1985) para condutas relativas a essas situações.

O manual relata a maneira de tratar as queixas urinárias da gestante. Assim, ao “explicar que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (aumento do útero e compressão da bexiga)” (BRASIL, 2000d, p. 52), o profissional recebe informações sobre a existência de “dor da gestante ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre” (p. 52). A gestante é informada, então, que quando esses sinais acompanham ‘o aumento do número de micções’ deve ser agendada consulta médica. Ou melhor, a consulta médica é garantida nessas situações.

Há, na lista, a conduta a ser orientada a gestante quanto à falta de ar e dificuldade para respirar. Diz o manual que esses sintomas são freqüentes na gestação, e “decorrem do aumento do útero e ou ansiedade da gestante” (p. 53). Em seguida, o manual indica que deve ser recomendado o repouso da gestante em decúbito lateral e que seja ouvida “sobre suas angústias, se for o caso” (p. 53); que sejam procuradas alterações cardiopulmonares e, se ainda assim persistirem tais sintomas, a gestante seja encaminhada à consulta com especialista na área. Quanto à dor nas mamas, é recomendado “o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária”. (p. 53). Já para a dor lombar é indicado à gestante a “correção de postura ao sentar-se e, ao andar, o uso de sapatos com salto baixos e confortáveis; aplicação de calor local; eventualmente, usar analgésico (se não for contra-indicado), por tempo limitado” (p. 53). O Manual também instrui o profissional e a gestante quanto à cefaléia, sangramento nas gengivas, varizes, câibras, cloasma gravídico e estrias, indicando sempre medidas preventivas em primeiro lugar e, quando estas não resolvem, o uso de medicamentos e a referência a outro profissional. Destaque especial é dado quanto à orientação e realização do pré e pós-teste anti-HIV. Assim, no pré-teste, o Manual recomenda que a gestante seja avaliada quanto a seus conhecimentos sobre AIDS e outras DST. A partir dessa avaliação, é indicado que a gestante seja informada sobre o que não sabe e especialmente o que é a doença, seu agente etiológico e os meios de transmissão e ser incitada “a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações” (p. 54). Portanto, deve-se explicar-lhe o que é o teste,

como é feito, o que ele mede e quais as limitações, os benefícios de um diagnóstico precoce, as possibilidades de redução da transmissão vertical, a previsão de acompanhamento especializado e medidas que podem ser tomadas em relação às infecções oportunistas na gestante e no bebê. Por ser confidencial e de caráter voluntário, todos os "encontros com a gestante, parturiente ou puérpera representam uma oportunidade para o oferecimento do teste anti-HIV e devem ser aproveitados" (BRASIL, 2001b, p.159). Quando o resultado do teste é negativo, o Manual recomenda a discussão do significado provisório desse resultado, ou seja, que sua realização não representa imunidade e, por isso, deve ser repetido a cada gestação. Recomenda, ainda, um momento pedagógico em que devem ser reforçados os conceitos sobre o modo de transmissão do HIV, de outras DST e as medidas preventivas. Entretanto, quando o resultado do teste é positivo, além de discutir o significado desse resultado, o Manual indica a necessidade de informação à gestante sobre acompanhamento médico especializado e o uso de medicação anti-retroviral. Para isso, prescreve a indicação dos locais de acompanhamento, quando e como iniciar o tratamento, as medidas disponíveis para a diminuição da possibilidade de transmissão do HIV para o feto e recém-nascido⁹⁴, a necessidade de testagem do parceiro e do uso de preservativos nas relações sexuais, além de manter suporte psicoterápico e realizar o encaminhamento para serviço de alto risco. Há, ainda, a possibilidade de orientação da gestante para o caso do resultado do teste HIV ser indeterminado. A esse resultado são sugeridos a discussão de seu significado, o encorajamento à nova testagem em um mês, o encaminhamento a serviço especializado em HIV caso surjam sinais e sintomas não atribuíveis à gestação e também a utilização de medidas preventivas contra o HIV e outras DST. Quando o resultado do teste for positivo, o Manual prescreve o encaminhamento da mulher para testes confirmatórios antes de ser comunicado o diagnóstico final, que deve ser comunicado por profissional devidamente treinado sendo garantido o sigilo. O aconselhamento para a realização do teste anti-HIV é várias vezes referido no Manual como aspecto de custo-efetividade para redução de risco e uma assistência de qualidade.

A cada descrição minuciosa do exame profissional corresponde uma descrição minuciosa da conduta esperada da mulher, eventualmente com figuras explicativas, que pode repetir-se a cada novo encontro em todo o ciclo gravídico-puerperal, guardadas as particularidades de cada período. Assim, para a detecção de edema nos membros inferiores é indicado

⁹⁴ Orientar sobre a necessidade de não amamentar (BRASIL, 2001b, p.164; 2000d, p.61).

posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias; pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, ao nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial, ver figuras 3 e 4). Na região sacra: posicionar a gestante de decúbito dorsal ou sentada, sem meias; pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar. O edema fica evidenciado através da presença de uma depressão duradoura no local pressionado. Na face e em membros superiores: identificar a presença de edema pela inspeção (BRASIL, 2000d, p. 49).

O manual separa as prescrições que se referem à educação para o parto conforme categorização didática de seus períodos clínicos, sempre que possível. Entretanto constata-se a inter-relação entre as orientações e a recomendação de uma mesma prática, como a do acompanhante da gestante, parturiente e puérpera, em diferentes situações e locais. Tal a importância dada ao acompanhante que a recomendação contida nas prescrições do Ministério da Saúde torna-se lei que permite sua presença durante o parto (BRASIL, 2005a) e coloca, como principal critério para essa presença, a vontade da mulher em ter alguém perto de si. O acompanhamento nos ditos do Ministério da Saúde é classificado entre aquele que pode ser feito pelo “marido, companheiro, familiar próximo ou amiga [e que] não envolve necessariamente nenhum suporte técnico [porém representa] o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade” (p. 64) e o realizado por “outra pessoa, com ou sem treinamento específico para isso, a doula [que, conforme o manual, poderia reduzir] a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de partos operatórios” (p. 65). O Manual afirma que a “presença de uma pessoa treinada para acompanhamento do trabalho de parto não é cara, não requer infra-estrutura ou aparelhagem específica [...] e não tem qualquer contra-indicação” (p. 65-66). Portanto, a opção por “qualquer uma destas alternativas deve depender da disponibilidade e estratégia adotada localmente” (p. 66).

As 14 pesquisas que, conforme o Manual avaliaram mais de cinco mil mulheres de países desenvolvidos e em desenvolvimento colocam a doula, uma outra mulher com experiência pessoal de parto ou treinamento para esse atendimento, como agente importante desse cuidado. Para desempenhar essa prática, o Manual indica as enfermeiras e obstetras e sugere que, em vista dos benefícios e da ausência de riscos associados ao apoio contínuo durante o parto, definidos como “dados inequívocos” (p. 66), seja modificada a estrutura e composição da equipe profissional através da adoção de políticas institucionais que permitiriam e estimulariam a presença de pessoas experientes ou leigas ao lado das parturientes. A lista de atribuições da acompanhante treinada inclui “suporte emocional contínuo, conselhos e informações, assistência e apoio emocional” (BRASIL,

2001b, p. 66). Entre as especificações dessas ações estão: a orientação da mulher para “assumir a posição que mais lhe agrada durante as contrações e o parto; favorecer a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor com silêncio e privacidade; auxiliar na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos” (BRASIL, 2001b, p. 67). A presença da doula não prevê a ausência do acompanhante de escolha da mulher; prevê que a própria doula estimule “a participação do marido ou companheiro em todo o processo do parto” (p. 67). Na descrição das atribuições da doula após o nascimento estão práticas como informar e orientar a mulher quanto à dequitação e ao clampeamento do cordão; de colocação do recém-nascido sobre o abdome materno; de estímulo quanto ao início e manutenção do aleitamento materno e vínculo afetivo entre mãe e filho, fazem parte do dia-a-dia da prática de enfermagem nas muitas instituições hospitalares.

Dessa maneira, o Manual coloca na cena do parto a figura do acompanhante e da doula para que vigie, escute, apóie, ajude no alívio da dor, dê e exija cuidado à mulher que está parindo e produza uma mulher e um profissional disciplinados de forma a produzir o ‘parto humanizado’. Faz, também, com que se suponha a produção de uma ‘verdadeira humanização do parto’ a partir do atendimento institucionalizado – no hospital – justificando a hospitalização e as práticas de ‘humanização’ dela decorrentes como medidas de proteção da vida. Assim, à medida que ocorre a facilitação do acesso (ao hospital e deste às pessoas que tradicionalmente não fazem parte desse universo, como doulas e acompanhantes), a aquisição de equipamentos, o treinamento de recursos humanos, as mudanças na estrutura física dos prédios e da educação das mulheres durante o pré-natal, opera-se a divulgação da política do governo sobre o nascimento e a forma dele acontecer na vida da sociedade. Produzindo uma mulher que deseja e precisa de um acompanhante, o discurso da ‘humanização do parto’ amplia a disciplina obstétrica e torna o cuidado de si um mecanismo de controle poderosíssimo da população.

4.4 Cesariana em cenas

Nesse tópico, descrevem-se algumas prescrições do Ministério da Saúde em seu ‘programa de humanização do parto’ relacionadas à cesariana, além de analisar deslocamentos históricos e condições que possibilitaram significados diferentes à essa prática, em cada época mencionada.

Até meados do século XX, a cesariana é relatada como procedimento de risco de morte ou possibilidade derradeira de vida. Daí em diante, sua prática se intensificou, até

torná-la corriqueira: um procedimento ‘normal’ que produz estranhamento, em que o parto vaginal é o imprevisto. A quantidade de registros sobre as técnicas de sua realização, de treinamento de profissionais nela implicados, dos efeitos produzidos no corpo da mulher e da sociedade tornam-se inumeráveis. Em determinadas instituições privadas, a prática da cesariana chegou a 100% em 2002 (SAÚDE, 2002), uma tendência já apontada em 1999, quando a média percentual de cesarianas registradas no SUS chegou a 38% e alcançou a cifra de 90% em maternidades privadas. Em seu levantamento de dados, Diniz (2001) mostra que “a cesárea foi a forma de parto de nada menos que 84% das mulheres com 11 anos ou mais de escolaridade em São Paulo [...], justamente a parcela que tem melhores condições de negociar com os serviços” (p. 13), tornando ‘evidente’ que a via vaginal passa a ter na cesárea uma companheira ou mesmo uma substituta na ‘normalidade’. Considerada exagero, fez com que o Ministério da Saúde cortasse o pagamento das contas nas maternidades do SUS que ultrapassassem 37% de cesáreas, a partir de 1999 e de todas que ficassem acima de 30% a partir de 2000, como medida de ‘proteção às mulheres’.

A cesariana, um dos procedimentos descritos no Manual sobre parto, aborto e puerpério ... (BRASIL, 2001b), põe em evidência uma das maneiras de ordenar a vida das populações. Ao destacar o “respeito aos direitos e desejos das mulheres, e da prática de uma obstetrícia baseada em evidências” (p. 119), o programa dita, também, a necessidade de ‘esclarecer’ que as práticas de atenção à gestante devem ser direcionadas para “se evitar uma cesárea desnecessária e suas possíveis conseqüências” (p. 119). Por isso, ao referir-se à antecipação eletiva do parto, procedimento considerado “aceitável e recomendável sob o ponto de vista médico e humano, [...] para evitar um [...] resultado materno ou perinatal desfavorável” (p. 119), o manual recomenda que, no caso de essa antecipação ser realizada através da indução do parto, deve ser antecedida por avaliação das condições do colo uterino de acordo com os parâmetros recomendados por Bishop⁹⁵. O programa vincula, ainda, a prática do uso freqüente de “substâncias que estimulam a contração uterina apenas com o objetivo de antecipar ou encurtar o trabalho de parto em benefício dos interesses pessoais dos profissionais da saúde ou da própria gestante” (p. 119), ao aumento dos índices de “desne-cesárea” (SANTOS, 2000). A indicação da via de parto desloca para os

⁹⁵ Bishop estabeleceu critérios para avaliação das condições do colo uterino por ocasião da indução do trabalho de parto. Esses critérios são avaliados conforme a dilatação, o percentual de esvaecimento, a consistência, a posição do colo uterino e o plano da apresentação do feto. Conforme o índice estabelecido após essa avaliação é determinado o grau de possibilidade de indução do parto. Quanto menor o índice, maior a quantidade de ‘seções de indução’ necessárias para promoção do amadurecimento desse colo e, portanto, maior o tempo necessário para que a mulher entre em trabalho de parto (BISHOP, 1964).

profissionais a responsabilidade da não-detecção ou da não-preparação do colo uterino para indução prévia à cesariana. Entretanto, há no manual diversos fluxogramas com as possíveis indicações de antecipação do nascimento, relacionados a problemas surgidos no decorrer da gestação. Mais, o programa indica que, a ‘maioria’ das decisões se enquadram em tais fluxogramas sendo necessário uma individualização de condutas somente em “alguns casos” (BRASIL, 2000b, p. 145). Porém, especificamente no ‘fluxograma de antecipação eletiva do parto’ são descritas somente as indicações para fetos com mais de 28 semanas de gestação. Nesse caso, as práticas de avaliação do feto visam mantê-lo pelo máximo de tempo considerado seguro e que lhe promovam melhores condições de nascimento e vida além de menores custos relativos a cuidados com prematuros. Após a apresentação desse fluxograma, é destacado que: “decidir só pelos conhecimentos técnicos é tornar-se juiz da vida humana, situação de onipotência injustificada. É fundamental ouvir a grávida, e somente a ela cabe a decisão” (p. 145). Portanto, independente das indicações descritas nos demais fluxogramas e da responsabilidade imputada ao profissional quanto à eleição da via do parto, se a grávida decidir pela antecipação ou não do parto, o manual prevê que sua decisão será acatada. Dessa forma, a antecipação do parto, descrita no documento como “o maior dilema vivido atualmente pelo obstetra [pois] manter a gestação pode significar a mãe ou o feto morrerem; se antecipar o parto, o óbito pode se dar no berçário” (p.12) é deslocada para a usuária. Assim, a antecipação do parto não relacionada às más condições materno-fetais ou prematuridade surge como forma de fazer ‘desaparecer’ o dilema de ‘decidir pelos conhecimentos técnicos’, ao mesmo tempo em que os preceitos do manual são seguidos sem que usuária e profissional desviem-se dos esquemas de avaliação propostos.

A mesma sociedade que considera a antecipação do parto um modo de parir usual, ‘naturalizado’, sem ‘estresse’, fácil, ‘controlável’ pela família e profissional passa a considerar a cesariana como uma das maiores epidemias provocadas pelas instituições de saúde. As indicações, exaustivamente descritas nos manuais do ‘programa de humanização do parto’, são visibilizadas através da criação de protocolos de saúde que regularizam os fluxogramas mencionados ou de condutas sociais. Portanto, ao mesmo tempo em que atrai ‘benefícios’, a cesariana produz práticas que repudiam os percentuais altos em relação à norma estabelecida, ratificadas por organizações governamentais e não governamentais, em nome da ‘humanização do parto e nascimento’.

A antecipação do parto, seja através da indução do trabalho de parto ou da cesariana, deslocou o sofrimento da gestante em sua escalada para se elevar a Deus e

colocar mais servos a seu serviço para, na atualidade, permitir que mais corpos sejam colocados à serviço do governo das populações. O não sofrer significa, aqui, uma interrupção de processos, antes considerados naturais, e a escolha de processos considerados mais previsíveis. Processos esses que, na modernidade e na ciência, oscilam continuamente entre a espera ‘normal’ e imprevisível do parto vaginal e a ‘normalidade’ e imprevisibilidade da antecipação eletiva do parto. Nesse local cambiante, onde conhecimento e técnica se evidenciam e se entrecruzam com a norma e o particular, as ações relativas ao parto e nascimento incidem sobre cada corpo, a cada vez, dentro de parâmetros determinados. Assim, o corpo grávido (biológico e político) ocupa um lugar na história do parto e nascimento sempre relacionado ao poder e à ética que nele se investem, registram suas marcas, dão-lhe direção, causam-lhe suplícios, impõe-lhe trabalhos e cerimoniais e “exige-lhe sinais” (FOUCAULT, 1999c, p. 25) para que, produtivo e submisso, seja útil. Portanto, perguntas descritas no projeto desta tese, tais quais: teriam os períneos femininos mudado, fazendo com que as mulheres tivessem maior dificuldade de parir seus filhos?; os bebês brasileiros, e especialmente os gaúchos (visto que no RS as cesarianas chegaram rapidamente e por primeiro a altos percentuais) seriam superalimentados no ventre materno, atingindo tamanhos incompatíveis com o trajeto?; dados como desacelerações eventuais dos batimentos cardíacos do feto seriam fatores imperativos para a indicação de cesariana? têm cunho biológico, supõe respostas biológicas e unem-se à racionalização do tempo, à criação de instrumentos e à comodidade integrando a produção de ‘verdadeiros’ motivos que levam à cesariana. Questionamentos sobre consultas com astrólogos e numerólogos (também especialistas a serviço do parto e nascimento) aliam-se a tal racionalização e criação da verdade sobre a realização da cesariana. Entretanto, durante a elaboração da tese, emergiram perguntas a partir das descrições sobre processos de escolha relacionados aos tipos de parto, visto que os documentos não deixam claro como é proporcionado o direito de escolha à gestante quando institui tal direito. Também não esclarece o que ela pode ou ‘deve’ escolher, nem a forma como é ou pode ser atendida a escolha do tipo de parto. Em outras palavras, não explicita como exercitar o julgamento da via de parto no interior das técnicas disponibilizadas e nos locais onde tais práticas ocorrem, nem como tornar julgamentos de profissionais e usuárias um espaço de liberdade onde se possa escolher e decidir entre uma prática e outra.

O exercício dessas decisões coloca profissionais da saúde numa situação ‘privada’, à serviço da ciência, sujeitos e assujeitados numa sociedade que faz circular ‘verdades’

produzidas em locais de formação educacional e, portanto, lugares onde o saber circulante é aquele que interessa às instituições e que tem, nas universidades e hospitais, representantes visivelmente a serviço do governo da vida das populações.

Primeira cena: histórias de cesárea

O nascimento mediante incisão foi, durante milênios, um recurso extremo e, ao mesmo tempo, atestado das dificuldades do parto. Nenhuma história do nascimento tem condições de afirmar, ao certo, onde, quando ou em que circunstâncias deu-se algo próximo ao que se chama de cesariana, mas parece adequado afirmar que, até meados do século XX, essa era uma prática desesperada na tentativa de assegurar a vida da criança, visto que a mãe, na maior parte das situações, já estava morta nessa ocasião.

Uma forma de cesariana é encontrada na mitologia grega ao descrever o nascimento de Atenas. Na história do mito, Zeus, com receio de ser destronado pela criança gerada com Métis, engole a filha na forma de gota d'água. Porém, o crescimento continuado da criança em seu crânio, tortura-o com dores de cabeça terríveis. Para livrá-lo da dor insuportável, Zeus pede a Hefesto, seu filho e deus da forja, que o ajude. Assim, Hefesto, golpeia a cabeça de Zeus com um machado duplo, liberando Atenas.

A 'lex regia' de Numa Pompílio, promulgada no século VIII a.C., determinava a abertura do ventre de mulheres, imediatamente após sua morte, e tinha a intenção de salvar o feto que ainda poderia estar vivo. Séculos mais tarde, o cristianismo retoma tal lei para que os nascituros pudessem receber o batismo e aumentar a legião da Igreja. A cesariana é, então, ratificada pelo Papa Paulo V, no início do século XVII. Benedicto XIV, em meados do século XVIII, estende aos bispos a autorização da prática da cesariana às mulheres que morriam sem ter parido. A partir daí, foi acrescida uma nova regra: a cesariana deveria ser realizada até vinte e quatro minutos após a morte da mãe, na esperança de que a criança fosse retirada viva. Durante esse período, a boca da mãe deveria ser mantida bem aberta para que a criança continuasse recebendo oxigênio.

A proveniência da palavra cesariana é atribuída à época do nascimento e infância de Jesus Cristo, quando nasceu o imperador romano Caio Julio César. O verbo latino *caedo*, *caedici*, *caeso*, *caedere*, significa 'cortar' e, daí, surge o adjetivo *caesares* ou *caesones* aos que eram retirados com vida por abertura da parede abdominal após a morte da mãe. Entretanto, o nascimento de Caio Julio César através de incisão abdominal é contestado por historiadores, visto que Aurélia, mãe do Imperador, correspondia-se com o

filho na época da conquista das Gálias (REZENDE, 1974, p. 895). Já, *caesariatus* equivale a cabeludo e *caesaries*, cabelos/cabeludo, podendo-se pensar que recém-nascidos tinham fartos cabelos. Há, então, duas acepções distintas, sem conexão entre as mesmas, *caesar*, codnome dado às crianças nascidas por meio da operação atualmente chamada cesárea ou cesariana, da raiz *coed.*, de *coedere*, cortar, fazer incisão) e *caesaries*, cabeleira. Entretanto, a forma mais provável de ligação do nome próprio *Caesar* aos Imperadores romanos é relacionada com a palavra *aisar*, que no etrusco tem o sentido de divindade.

No século XVI, surgem dois acontecimentos que marcam a história da cesariana. Em 1500, um castrador de porcos, chamado Jaques Nuffer, não se conformando com o sofrimento da esposa em trabalho de parto há muitos dias, solicitou autorização às autoridades locais para abrir-lhe o ventre com os instrumentos utilizados em seu ofício⁹⁶. Ambos, mãe e filho, sobreviveram e Isabel, sua mulher, teve outros filhos através de partos espontâneos. Outro acontecimento ocorreu ao final do século, em 1581, quando François Rousset, cirurgião do Duque de Sabóia e teórico em nefrotomia descreveu a cesariana em mulheres vivas num livro que tratava unicamente deste procedimento cirúrgico intitulado “*Traité nouveau de l’Hysteromotokie ou Enfantement caesarien*”. A publicação descreve em minúcias a operação realizada por Nuffer e outras tantas cirurgias coletadas na tradição oral. Nele, Rousset utilizou um conceito ampliado de “estreiteza do colo uterino” não distinguindo estreitamentos ósseos da falta de progressão da dilatação, prescreveu o esvaziamento da bexiga da parturiente para que não fosse lesada durante a cesariana, a abertura do abdômen com incisão do lado direito ou esquerdo. Recomendava a retirada da criança e das secundinas com as mãos, devendo ser dispensados outros instrumentos para isso, a não sutura do útero por considerá-lo de musculatura robusta, recomendando, entretanto, a sutura da parede abdominal. Contradizendo a presença de sangue nas parturientes, Rousset afirmava que ele era absorvido pelo feto e devido a isto não deveria ocorrer hemorragia durante a cesariana; caso houvesse ainda algum sangue na mulher, este era transformado em leite. Considerou tal procedimento menos dolorido do que o parto laborioso. Os insucessos da prática da cesariana preconizada e descrita por Rousset em seu livro, motivaram, quase dois séculos após, estudos conclusivos de que o autor jamais teria assistido a uma cesariana. As técnicas descritas em seu livro foram rebatidas por adversários ilustres como Abróise de Paré e Guillemeau que o citaram nos escritos sobre

⁹⁶ O Ofício de Jacques Nuffer era o de criador de suínos, atividade que requeria habilidades em castração de porcos, cesarianas, carneação.

história da obstetrícia, mas nenhum cirurgião escrevia sobre o(s) motivo(s) pelo qual as mulheres morriam em consequência da cesariana (THORWALD, s.d).

Rezende (1974) relata o que é considerada a primeira cesariana realizada em mulher viva por um cirurgião, no ano de 1610. Um mês após, a mulher veio a falecer de causa não atribuída à cirurgia. Anos mais tarde, em 1666, João Scultetus realizou novas descrições da cesareana em seu tratado de cirurgia. Relata, ainda, métodos cirúrgicos acrescentados ao nascimento com a finalidade de se obter mãe e criança vivas após o evento. Assim, no século XVIII, em 1778, Siebold realizou a sinfisectomia⁹⁷, resultando sérias dificuldades de locomoção devido à instabilidade provocada na bacia óssea da mulher.

No Brasil, a primeira operação cesariana é creditada a José Correia Picanço e teria sido realizada em Pernambuco, no ano de 1822. A literatura não esclarece se foi em parturiente viva ou se a mesma sobreviveu. Depois desse registro há outro, em 1833, que também não esclarece as condições de vida da mãe e da criança antes ou após a cirurgia. A primeira cesariana com registro das condições do feto ao nascer (vivo) e da mulher (que veio a falecer dias depois), ocorre em 1855, no Rio de Janeiro, foi realizada por Luiz da Cunha Feijó⁹⁸ e teve como indicação cirúrgica a desproporção feto-pélvica.

O registro da palavra cesariana como termo médico, é relatado no Brasil, por Domingos Vieira em dicionário elaborado entre 1871 e 1874. Poucos anos antes, entre 1844 e 1862, foram defendidas três teses, duas na Bahia e uma no Rio de Janeiro, que empregaram, em seus títulos, a palavra ‘cesareana’. Em outras duas teses defendidas no mesmo período preferiu-se a denominação de ‘gastro-hysterectomia’ (REZENDE, 2005) no lugar de ‘cesareana’.

Segunda cena: Doutor, prefiro a faca

Esse é o instigante título brasileiro dado ao artigo publicado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, que, em inglês recebeu o título de ‘An

⁹⁷ Sinfisectomia: técnica utilizada para ampliação da bacia pélvica através da destruição da sínfise púbica, parte da vulva e do clitóris (sinfisiotomia), ou pela fratura dos ossos púbicos (pubiotomia ou hebotomia, em substituição à cesariana, a fim de facilitar a saída do feto. A sinfisectomia “nasceu do acaso, quando em 1778 Siebold, por erro ou por impossibilidade, serrou o pube ao envez da symphyse” (Rezende, 1974, p. 1010). No julgamento de Baudelocque “a symphysiotomia quando salvava o feto matava a mãe, quando salvava a mãe matava o feto, e quando salvava os dois tinha sido uma operação desnecessária” (DINIZ, 1996, p. 85).

⁹⁸ Luiz da Cunha Feijó, também Visconde de Santa Izabel.

epidemic of cesareans’. Em tal artigo, o Banco Interamericano resalta gastos anuais de, no mínimo, “US\$425 milhões em mais de 850.0000 operações [cesarianas] desnecessárias“ (CONSTANCE, 2000) pelo setor público, na América Latina e no Caribe, em 1996. Na análise realizada pelo BID, há preocupação quanto à distribuição dos gastos entre toda a população quando esse diz que "enquanto o setor público gasta dinheiro com cesarianas caras e desnecessárias, muitas mulheres, principalmente as mais pobres, recebem cuidados de saúde precários durante o parto”. No artigo, argumenta-se que o aumento dos percentuais de cesariana não são sinônimos de qualidade de saúde de uma população. Para isso, traz o exemplo de nações industrializadas que despendem maiores gastos com saúde do que os países da América Latina, entre as quais a França, que recebeu da Organização Mundial da Saúde a mais alta classificação de qualidade em atendimento de saúde, sendo que sua taxa de cesarianas foi de 15,9%, em 1995. O BID considera que os incentivos criados em alguns países, como o Brasil, para a realização de operações cesarianas produziu ‘aberrações’ financeiras, educacionais e políticas, desvios de recursos já escassos aos problemas de saúde mais urgentes e exposição de mães e bebês a riscos desnecessários. Os efeitos de tais políticas fez com que no último quartil do século XX, consumidores e profissionais de saúde exigissem ação conjunta das autoridades sanitárias do governo para diminuir seu número em países como Estados Unidos, Grã-Bretanha. Em 1985, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu como percentual de cesárea mais alto e aceitável, 15%. Para chegar a esse valor, tomou por base os índices encontrados em países com as taxas de mortalidade infantil mais baixas do mundo. Enquanto méritos e deméritos da cesariana são discutidos para a área da saúde, o BID afirma não haver “controvérsia sobre o custo adicional que elas impõem ao sistema de saúde: [...] em geral de duas a três vezes o preço do parto normal. Para o resultado dos gastos citado no início dessa ‘cena’, foram utilizados os 15% de cesarianas considerados toleráveis pela OMS e os US\$ 500 a mais que cada cesárea representa em relação ao parto normal, chegando-se à cifra de US\$ 425 milhões/ano gastos “inutilmente”. A recomendação de “eliminação do excesso de cesarianas e a realocação desses recursos para a atenção pré-natal e cuidados maternos básicos” pelo BID, é uma das orientações internacionais adotada e descrita na política de ‘humanização do parto e nascimento’ do Brasil.

Tornada um procedimento que sujeita a mulher a complicações associadas à cirurgia de seu porte, a cesariana tem sido considerada um procedimento que adiciona possibilidades de dificuldades respiratórias maiores e de maior grau em relação aos recém-nascidos de parto vaginal; nas estatísticas, a cesariana adiciona 2,5 vezes mais

probabilidade do recém-nascido de peso normal morrer no período imediatamente após o nascimento.

A afirmativa de que os custos humanos e financeiros decorrentes de cesarianas desnecessárias se devem “em parte, ao fato de que as taxas mais altas de cesarianas se encontram em hospitais e clínicas privados, sobre os quais o governo tem influência limitada” (CONSTANCE, 2000) encontra-se com as dificuldades relatadas em relação ao setor público. Nele, o governo brasileiro adotou medidas para diminuir a diferença nos preços pagos aos hospitais por cesarianas e partos normais. Entretanto, o dinheiro que é ‘poupado’ não fica retido nos hospitais, enfraquecendo a pressão que esse dinheiro poderia exercer sobre os profissionais para diminuição da taxa de cesarianas. Outros motivos para a escolha da cesárea são descritos por mulheres para as quais foi produzida a “crença generalizada de que o parto normal diminui o poder de atração da mulher; crença de que é mais seguro fazer uma cesariana; ter um bebê mediante cesariana é considerado uma opção mais moderna, mais classe alta”. Tais pensamentos têm influência do ‘setor saúde’ que, através de análise de decisões tomadas por 12 obstetras, num hospital particular de Rosário, Argentina, quanto aos 1.974 partos realizados num período de nove meses, concluiu que o treinamento e formação acadêmica de todos os médicos era semelhante; os antecedentes socioeconômicos e educacionais e os fatores de risco das pacientes também eram similares. Entretanto, o estudo concluiu que, mesmo isolando todos os outros fatores, um terço dos obstetras recomendou “20%-50% mais cesarianas” do que seus colegas, mostrando que a ‘atitude clínica’, ou seja, a subjetividade médica é uma variável importante a ser considerada no cálculo da taxa de cesarianas (CONSTANCE, 2000). Assim, tal cirurgia ocorre como verdade pronta a conduzir o momento a uma data que seja favorável ao terapeuta. Isso “no pensamento e na prática médica, [é] ao mesmo tempo momento fatal, efeito de um ritual e ocasião estratégica” (FOUCAULT, 1999a, p. 114).

Teceira cena: Júlia Covallina e Edoardo Porro: uma resolução da hemorragia materna

Jürgen Thorwald (s.d.), em seu livro ‘O século dos cirurgiões’, reporta-se ao dia 27 de abril de 1876, quando Júlia Covalini, de 25 anos, chega ao hospital de San Matteo, em Pávia, acompanhada do marido. Para o casal que teria o primeiro filho havia a preocupação de que Júlia já devia ter dado à luz há quatro semanas e por isso foram levados à presença de Edoardo Porro, médico e professor de obstetrícia. Expressões como “espiritual [...], figura esbelta e austera [...], dotado de uma bondade que, ao termo de tantos anos de

atividade, nas salas pestilentas do velho hospital, o inibia de entregar mães delirantes de febre à morte, como prouvesse a Deus e à natureza” (p. 197) descrevem Porro e informam sobre cuidados e condições para consigo, para com os que atendia, da instituição onde atendia e, também, sobre limitações existentes no cuidado de mulheres que pariam. Assim, o exame físico de Júlia foi acompanhado de outros médicos e religiosas, seguindo-se a discussão de cada um em relação à atitude de Porro de esperar que a criança desse sinais de querer ‘vir ao mundo’. Apesar de não conhecerem relatos de parturiente alguma que tivesse sobrevivido à operação na localidade de Pávia, seus assistentes eram a favor da cesariana em contrariedade à conduta expectante do professor pensando que, com isso, talvez salvassem a criança.

Nessa época, Porro já tinha notícias de duas cesarianas ocorridas no meio rural dos Estados Unidos, em que mães e crianças sobreviveram com os recursos caseiros disponíveis em locais que considerou longe dos miasmas das cidades, das universidades e dos hospitais. Uma dessas cesarianas ocorreu em 1794, numa região desértica, e a outra, no ano de 1827, numa choupana, em noite de tormenta. Como reproduzir o ar circundante às duas mulheres citadas anteriormente para o tratamento de Júlia? Além disso, no final do século XVIII, um cirurgião chamado Lebas de Moulleron descobriu dois séculos após a divulgação da técnica de Rousset, ao estudar corpos de mulheres cesareadas, que seus úteros não cicatrizavam espontaneamente devido à “robustez da musculatura desse órgão” (THORWALD, s.d., p. 205-206), mas ficavam abertos produzindo hemorragias mortais ao inundarem a cavidade abdominal, ou apresentavam secreção purulenta no abdome. Tais informações levaram-no a desconfiar que além da hemorragia, a infecção generalizada poderia ser outra causa de morte dessas mulheres. Por isso, Lebas passou a suturar o útero, porém não conseguiu que os fios suportassem a força da contração uterina que, supôs ele, fazia com que as suturas rebentassem. Pensava, também, em como evitar que substâncias deletérias penetrassem através do útero e se depositassem no abdome. Como, então, evitar tais problemas trazidos pelo útero, considerado fonte de sangramento, de disseminação de miasmas e de morte? Talvez retirá-lo fosse uma saída. Pensamentos como esses se tornavam possíveis, a partir dos registros das perdas da vida das mulheres, após a prática de cesarianas na forma preconizada por Rousset. Assim, Porro poderia decidir pela retirada do útero e a conseqüente ‘mutilação’ da mulher numa tentativa de evitar sangramento até a morte ou manter a técnica descrita por Rousset, deixando-a morrer. Três semanas depois de internada, as membranas ovulares de Júlia Covallina se rompem, o trabalho de parto se instala, porém não progride. Horas mais tarde, Julia Covallina é levada à cesariana. Poucos

minutos após ser cloroformizada, nasce uma menina em boas condições, robusta e de choro forte, entretanto, o útero sangrava profusamente. Frente a tal situação, a decisão foi a extirpação uterina, estrangulando-o próximo ao colo. Os próximos 39 dias foram de acompanhamento sistemático, em que Júlia se debatia em febre e dor. Dez dias após, Porro velou a noite ao lado da paciente pensando que a mesma não sobreviveria à febre alta que havia retornado, mas pela manhã a febre havia cedido retornando após mais um mês. Porro atribuiu este evento aos miasmas do local, dando-lhe alta para que se recuperasse em ares mais puros. E assim, um procedimento que poderia ter repercussão desastrosa junto a sociedade italiana, foi saudada como recurso salvador de vidas e a ‘operação cesariana, segundo Porro’ foi introduzida nos hospitais e na obstetrícia, obtendo-se uma mortalidade de ‘apenas’ 56%.

Quarta cena: mãos que salvam da infecção do parto

No início do século XIX, a profissão médica emergia da classe média, representada por homens, brancos, que lutavam contra o chamado ‘charlatanismo’ encarnado na parteira tradicional. Foram, então, alvos da campanha que as colocavam como disseminadoras de doença e de morte com suas unhas sujas e, portanto, nocivas ao tecido social.

As unhas sujas das enfermeiras marcam a história da infectologia através da atuação de Inácio Filipe Semmelweis⁹⁹. Em suas pesquisas, Semmelweis sustentava que a febre puerperal era consequência da transmissão dos então chamados germes infecciosos, pelas mãos dos médicos e estudantes que manuseavam cadáveres e, após, examinavam as mulheres que haviam tido seus filhos, propagando o que chamou de ‘infecção de contato’. Isso ia de encontro a todos os conhecimentos médicos do seu tempo. A partir de suas observações, Semmelweis preconizava a lavagem sistemática e rigorosa das mãos e o uso de uma solução de ácido clórico a cada procedimento realizado. No hospital geral de Viena, local onde realizava seus estudos, Semmelweis e outros estudantes de medicina atendiam a divisão onde as mulheres pobres eram internadas; as mulheres com condições de pagar continuavam tendo seus filhos em casa. Assim como na primeira clínica de partos, fundada em Copenhague no ano de 1787 (FOUCAULT, 1998, p. 64), as mulheres aqui atendidas eram, geralmente, mães sem as bênçãos da Igreja, “mulheres não casadas

⁹⁹ Semmelweis morre aos 47 anos vítima de septicemia em consequência de um ferimento acidental provocado em uma de suas últimas necropsias de em mulher vítima de febre puerperal.

[...] cujos sentimentos de pudor são reputados como os menos delicados, [...] de] classe moralmente desarmada, e socialmente tão perigosa [que] não estando em condições de exercer a beneficência contribuem [...] para formar bons médicos” (FOUCAULT, 1998, p. 97). Na clínica de partos de Viena, em 1846, o número de mortes de puérperas era de 36 em 208 puérperas, ou seja, 17,30% (THORWALD, s.d., p. 230). Entretanto, na divisão em que eram treinadas as parteiras e em que os estudantes não entravam, a morte dessas mulheres por febre puerperal era de menos de um por cento (p. 31). O quadro singular das mulheres sistematicamente autopsiadas, após a morte pela infecção puerperal, chamava a atenção. Após as autópsias, os estudantes se dirigiam às enfermarias onde as mulheres que estavam no final da gestação, ou em trabalho de parto e também no puerpério eram examinadas. Ensinava-se como realizar um exame minucioso e, talvez, descobrir o que causava a infecção nas mulheres. A epidemia de mortes que ocorria na divisão em que Semmelweis trabalhava fez com que as mulheres¹⁰⁰ ficassem aterrorizadas a ponto de recusarem a internação na enfermaria dos médicos e permanecessem aguardando uma vaga na divisão de parteiras, em frente ao prédio. Enquanto aguardavam, davam à luz fora das enfermarias. “As que eram levadas contra a vontade, e em pleno trabalho de parto, relutavam, lançavam-se aos pés de Semmelweis, suplicavam para ficarem na divisão das parteiras” (p. 232). Em decorrência das observações realizadas na divisão atendida pelos médicos e parteiras, foram determinadas mudanças nas práticas realizadas na divisão dos médicos como a realização de partos na posição lateral, um treinamento de toque vaginal mais suave, lembrando que o toque mais leve das parteiras deveria influenciar na diminuição das mortes em sua divisão. Ao padre foi solicitado que não tocasse o sino ao atravessar as enfermarias para administrar a unção de morte, pois, tal prática poderia provocar susto e medo nas mulheres e, devido a isso, desencadear a febre puerperal. Foi constatado, também, que nos partos mais demorados a incidência de febre puerperal era a regra. Apesar das alterações promovidas, Semmelweis escreve, anos mais tarde, sobre isso: “tudo era inexplicável, tudo era incerto; só o número elevado de óbitos era uma realidade incontestável” (p. 233).

Em 1847, um estudante da clínica de Viena falece dias após ter se ferido levemente na sala de necropsia, vítima de febre. O laudo de necropsia atestava “supuração e inflamação das glândulas linfáticas, das veias, da pleura, do peritônio, do pericárdio, da membrana cerebral.” (THORWALD, s.d., p. 234), muito semelhante às centenas de laudos

¹⁰⁰ As mulheres referidas, não tinham lar próprio e, por isso, eram internadas naquela enfermaria.

das mulheres vítimas da febre puerperal. Com isso, passa-se a exigir que todos os estudantes ou médicos provenientes da sala de anatomia lavassem suas mãos com a solução de ácido clórico colocado já na entrada da sala. Nos meses subsequentes, o número de óbitos reduziu-se a um quarto dos resultados anteriores, todavia, ainda eram muito mais freqüentes do que na divisão onde as parteiras atendiam. Pior, num espaço de poucos dias, nove de 12 mulheres morreram acometidas de febre puerperal onde os médicos atendiam. Tal fato intrigava Semmelweis que julgava nada escapar de sua vigilância. Daí, dar-se conta que, após a primeira lavagem das mãos, os estudantes e demais médicos que freqüentavam a sala não mais as lavavam determinando nova descoberta: nem só os mortos transmitiam doenças aos vivos, mas os vivos que portassem o germe da doença também poderiam transmiti-los a indivíduos sãos.

A descoberta de Semmelweis é descrita como “um duro golpe no orgulho dos médicos da época que não podiam entender a presença de microrganismos e muito menos a possibilidade de eles mesmos serem os transmissores de doenças fatais” (FOUCAULT, 1999a).

A forma de transmissão de doenças descrita por Semmelweis, possibilitou outros saberes. O fenol, usado por Lister em ferimentos graves, impedia o crescimento de microrganismos e a putrefação de tecidos. A substância também foi utilizada para a antisepsia das mãos, porém provocava lesões mais graves a quem fosse mais sensível a tal substância. Devido a transtornos dessa ordem, Halsted, cirurgião de Nova Iorque, viu a enfermeira-chefe das salas de operações abandonar o trabalho por lesões provocadas pelo fenol em seus braços e mãos. O interesse em Carolina Hampton fez com que pensasse numa solução: encomendou luvas de borracha, finas, leves e macias à companhia de borracha ‘Goodyear’ com as quais a presenteou. Assim, as luvas de borracha passaram a ser esterilizadas com vapor e largamente utilizadas não somente para a proteção das mãos de quem as usa, mas também para proteger da infecção o corpo de quem é manuseado (THORWALD, s.d).

Outras práticas foram desenvolvidas nesse sentido. O confinamento das práticas de atenção ao parto e nascimento às paredes hospitalares possibilitou o afastamento dos familiares ou acompanhantes desse lugar. O argumento utilizado foi de que o parto, como evento cirúrgico, precisaria ser isolado dos germes das mãos, do corpo e das roupas contaminadas pela “presença de estranhos” (OMS, 1996, p. 11). Entretanto, num hospital de ensino, “uma mulher com parto de baixo risco pode ser atendida por até 16 pessoas [estranhas] durante seis horas de parto” e ainda assim ficar sozinha a maior parte do tempo

(p.11). Assim desenvolvidas, as práticas são, também, fonte do estresse que as colocam como fator que pode “interferir no andamento do parto, prolongando-o e desencadeando o que foi descrito como uma ‘cascata de intervenção’” (OMS, 1996, p.11). Assim descrito, a OMS afirma que o ensino nas condições que reforçam apenas aspectos higienistas sem enxergar que a circulação de um grande número de pessoas não exclui a circulação de profissionais e estudantes ‘não alheios ao serviço’ é danosa. A observação que conferiu a Semmelweis a descoberta de que a causa da febre puerperal estava nas mãos dos examinadores das mulheres atendidas na clínica privada, e apontada por Foucault como um duro golpe no amor próprio da medicina, não é lembrada quando exclui seus membros da possibilidade de causarem algum mal.

Tanto a prática da histerectomia para estancamento da hemorragia uterina por ocasião da cesárea quanto a descoberta dos microorganismos, sua transmissão e a anestesia descritas no século XIX, possibilitaram a propagação da cesariana. Porém, tanto a hemorragia quanto a infecção são descritas como primeiras causas de morte materna ainda no século XXI.

Quinta cena: a incisão que limita o número de filhos

Desde sua descoberta, até o ano de 1901, são registradas cinco cesáreas realizadas no Brasil (OSAVA, 1997). Ao final do século XX, no Brasil e em muitas outras nações, a cesariana assume proporções consideradas ‘epidêmicas’. Na década de 1980, emerge, no Brasil, a discussão pública da relação entre esterilização e controle populacional. Berquó (2003) afirma que no Brasil “os altos percentuais de esterilização não resultaram de uma política de população de corte neomalthusiano, mas [resultou] da demanda das mulheres por métodos contraceptivos associada à uma combinação perversa entre falhas de políticas públicas e distorções de mercado (p. 44-45). Até 1985, a rede pública de saúde não oferecia métodos contraceptivos e tal demanda era atendida predominantemente pelo mercado, “sem oferecer a informação necessária ou serviços de qualidade [...] numa perspectiva abertamente controlista” (p.45). Assim, falhas contraceptivas, efeitos colaterais e problemas de acesso produziram “uma cultura de descrédito em relação aos métodos reversíveis (p. 45) e deu à legalização da laqueadura de trompas a possibilidade de ter seu acesso facilitado quando associada à cesariana. Sabe-se que em determinadas regiões do Brasil, nos períodos eleitorais, desenvolveu-se “um mecanismo de troca de votos por acesso à esterilização” (p. 45). O ritmo de crescimento acelerado da “preferência pela

laqueadura” (p. 45) foi um dos principais objetivos da formulação do PAISM (BRASIL, 1983). A cesariana para a laqueadura continua sendo prática solicitada pelas mulheres concomitantemente à “lei do planejamento familiar” (BRASIL, 1996b), vigente desde 1996. Com tal lei, possibilitou-se a esterilização de mulheres e homens que tenham mais de 25 anos de idade ou mais de dois filhos. A prática da esterilização associada à cesariana para este fim, trouxe, então, custos adicionais contabilizados como muito altos, pois, além dos gastos financeiros relacionados diretamente à cirurgia, descrevem-se danos psicológicos e sociais advindos de sua prática e que o Estado precisa arcar (BERQUÓ, 2003). Calculados os benefícios sobre a vida e para os serviços de saúde produziram-se leis e programas para diminuir os percentuais tanto da laqueadura tubária quanto da cesariana, além do controle externo do parto e nascimento através da presença de acompanhantes (BRASIL, 2005a).

4. 5 Esperança e saber na ordem da vida

Descrições sobre o atendimento ao parto mostram que, no século XIX, os riscos para a mãe e o bebê não eram maiores do que os oferecidos pelos médicos e que as maternidades não eram locais seguros para a mulher dar à luz, pois as chances de morrer no hospital eram de, até, seis vezes mais. A parteira era social e economicamente mais acessível do que os médicos e ainda se envolvia com as tarefas domésticas da parturiente por um mês ou mais, após o parto, o que médicos que disputavam sua clientela não aceitavam fazer. (OSAVA, 1997).

Na metade do séc. XIX surgiu a ‘enfermagem profissional’, vinculada à influência e à publicidade feita em torno dos trabalhos de Florence Nightingale¹⁰¹, na guerra da Criméia. Nesse momento, a profissão de parteira encontrava-se em franco declínio e era evidente a ruptura na enfermagem com a emergência do saber científico; as parteiras foram, então, produzidas como profissionais que não poderiam manter o atendimento ao parto com as práticas e instrumentos preconizados pela ciência. Dessa maneira, o atendimento ‘científico’ do parto ocorreu como efeito da reorganização da medicina ‘apoiada’ pela enfermagem científica’. A ciência, aí corporificada, fez a prática da assistência ao parto e nascimento constituir-se na “maior disputa de espaço político entre a corporação médica e de enfermagem” (p. 96) dos últimos 20 anos, quando “a enfermagem

¹⁰¹ Florence Nightingale torna-se um mito na área da saúde, afinado com os valores femininos da sociedade vitoriana.

foi sendo posta de lado, apenas participando do controle do trabalho de parto, auxiliando nos partos cirúrgicos ou realizando a atenção ao parto normal sem distócia, desde que permanecesse no anonimato” (OSAVA, 1997, p. 96).

Na continuidade dessa luta política, encontra-se a formação das enfermeiras¹⁰² para o ‘parto humanizado’. Continuidade de luta que é, ao mesmo tempo, tentativa de rompimento do efeito de ‘escanteamento’ sobre as enfermeiras, com suporte do governo de Estado, através da criação do Componente II do ‘Programa de humanização do parto’. Uma das estratégias desse Componente II é a “capacitação de recursos humanos voltados para o processo regulatório obstétrico e neonatal, com respectivos quantitativos de treinandos” (BRASIL, 2001c), nos quais estão incluídas as capacitações para enfermeiras obstétricas. Para mostrar um pouco das contingências dessa política, Schirmer (2001) elaborou um estudo, e um objetivo era o de “relatar o processo de criação e implantação de políticas públicas do Ministério de Saúde para modificar o modelo assistencial ao parto e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, para a capacitação de recursos humanos, em especial de enfermeiras obstetras” (p. 31). Trabalhando junto à Secretaria de Políticas Públicas e Coordenadoria das Ações de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Schirmer considera o ano de 1998 um marco para as mudanças na formação de enfermeiras obstétricas, apontando a sanção de leis e portarias¹⁰³ que incluem, no grupo de procedimentos, ‘parto normal sem distócia’ das Tabelas do Sistema Único de Saúde a colocação da enfermeira obstétrica no papel principal na equipe de atendimento nos Centros de Parto Normal. Tais procedimentos intensificaram as discussões sobre estratégias de mudança da atenção obstétrica no país e a competência técnica e legal das enfermeiras para assistir ao parto e nascimento. Os fóruns, em que tais discussões foram mais evidentes, contaram com o apoio e a participação do Ministério da Saúde e envolveram associações das categorias profissionais da enfermagem e da medicina, de Organizações Não-Governamentais entre as quais a Rede de Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa – sobressaiu. Ainda em 1998 foi promovida a Campanha ‘Natural é

¹⁰² As categorias que compõe a enfermagem são: enfermeiras, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes e parteiras, num total de 889365 profissionais inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (COFEN, 2005). Desse total, 1,1% são da categoria ‘enfermeiro’ do sexo masculino. Por isso a escolha pelo termo enfermeira para caracterizar essa profissional.

¹⁰³ Portaria nº 2.815, de 29/05/1998 do Gabinete do Ministro, a Portaria nº 163/98 da Secretaria de Assistência à Saúde de 22/09/1998 que regulamenta a realização deste procedimento, aprova o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar, a Portaria nº 985/99 que cria o Centro de Parto Normal (CPN).

Parto Normal¹⁰⁴ pelo Conselho Federal de Medicina, em parceria com o Ministério da Saúde e a Federação da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO -, com o apoio da Associação Brasileira de Enfermagem e de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras - ABENFO -, da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn -, da Organização Mundial de Saúde - OMS/OPS - e do UNICEF, entre outras. Os efeitos na enfermagem apareceram no Congresso Brasileiro de Enfermagem de 1998, no primeiro Concurso de Títulos e Provas para conferir o título de especialista nas áreas de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, quando se discutiu o tema ‘Natural é o parto Normal’ e, também, a competência da enfermeira nesse fazer. Durante esse evento foi determinado o tema central do II Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal: A qualidade da assistência ao nascimento e parto e, também, “a possibilidade de financiamento para a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica como ação programática da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde” (SCHIRMER, 2001, p. 40). A notícia dessa possibilidade, conforme Schirmer, mobilizou as Escolas de Enfermagem de todas as regiões do país à habilitarem-se ao apoio técnico e financeiro governamental.

Em seus desdobramentos, a possibilidade de formação de enfermeiras obstétricas fez com que fosse criado, a partir das associações, congressos e grupos de trabalho, um ‘modelo de projeto de curso de especialização em enfermagem obstétrica’ que atendesse às necessidades das instituições interessadas em sua implantação. Esse modelo foi, então, conforme descreve Schirmer (2001), enviado para as 113 Escolas de Enfermagem, 27 Secretarias Estaduais de Saúde, Entidades de Classe da Enfermagem e divulgado na página eletrônica da ‘Saúde da Mulher’ do Ministério da Saúde. Além disso, foi instituído um comitê¹⁰⁵, que ficou ligado à Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, para tratar da formação de Especialistas em Enfermagem Obstétrica¹⁰⁶ que pudesse suprir a demanda prescrita pelas Portarias Ministeriais. Os cursos

¹⁰⁴ A campanha ‘Natural é Parto Normal’ teve como madrinha a atriz Malu Mader, cujos partos foram ‘normais’.

¹⁰⁵ O comitê contou com a participação de Janine Schirmer, Alice G. Mendes Ribeiro, e de membros de outras instituições como Maria Antonieta Rubio Tyrrell, Presidente Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras da ABENFO e Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Ana Lucia de Lourenzi Bonilha da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ABENFO - Seção/RS; Márcia Barbieri da Universidade Federal de São Paulo e ABENFO - Seção/SP; Maria Auxiliadora Souza Gerk, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Maria Luiza Riesco da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo; Mirian dos Santos Paiva, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia e Leila Geromel Dotto da Universidade Federal do Acre.

¹⁰⁶ O desenvolvimento dos cursos de especialização que Schirmer (2001) aponta foram planejados de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96) (BRASIL, 1996); Parecer da Câmara de Ensino

daí criados tiveram o apoio do Ministério da Saúde e a parceira de Instituições de Ensino Superior, Secretarias Estaduais¹⁰⁷ e Municipais de Saúde que deveriam criar “estrutura favorável para garantir o envolvimento dos órgãos formadores com as instâncias de gestão do SUS” (p. 45), garantindo campos para a prática de assistência à mulher e sua família, à gestação, ao parto e ao puerpério cujos objetivos descritos foram: formar enfermeiros(as) para a realização do parto normal; capacitar enfermeiros(as) para identificação dos riscos obstétricos e perinatal; capacitar enfermeiros(as) com bases epidemiológicas, clínicas e humanísticas no contexto do SUS.

Os cursos para formação de enfermeiras obstétricas, financiados pelo Ministério da Saúde, tiveram como clientela majoritária as enfermeiras da rede ambulatorial e hospitalar do SUS, incluindo as Unidades do Programa de Saúde da Família – PSF (80%). Dentre os critérios de seleção exigidos para ingresso da enfermeira aos 54 cursos¹⁰⁸ oferecidos, o Serviço em que a profissional trabalhava se comprometia em liberá-la para o cumprimento das atividades curriculares. Devido à necessidade de acompanhamento individual da aluna pela docente na assistência ao parto, o número de vagas estipulado foi de no mínimo, 15 e, no máximo, 20. A carga horária foi estipulada entre 460 e 600 horas, distribuídas num prazo de, no mínimo, seis meses e, no máximo, 12 meses, sendo um terço dessa carga destinada a atividades teóricas.

A implantação de cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica evidencia uma das estratégias da política adotada pelo Ministério da Saúde, por meio de suas ações programáticas dirigidas à atenção básica e mudança do modelo assistencial. Aliado à carência de profissionais de enfermagem nessa área, justificou a implantação dos cursos de enfermagem obstétrica em 204 dos 5.561 municípios do país localizados em 26 dos 27

Superior (CES) no 908 de 02 de dezembro de 1998 que trata de especialização em área profissional (BRASIL, 1998a); Resolução CSE nº 3 de 5 de outubro de 1999, que fixa condições de validade dos certificados de cursos presenciais de especialização DOU, 1999) (BRASIL, 1999a) Resolução do COFEN 173/94, baixa normas para registro de enfermeiros como especialista (COFEN, 2001); Resolução do COFEN 223/99, dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1999d); Critérios mínimos estabelecidos para formação de enfermeiras obstetras pelo Conselho Diretor Nacional da ABENFO/1998; Portarias nº 2.815 /98/GM, Nº 163/98/SAS/MS e Portaria nº 985/99/GM (1998e?); Manual de Normas de Financiamento de Programas e Projetos mediante a celebração de convênios com Ministério da Saúde (2000c).

¹⁰⁷ Nesse projeto, sete Secretarias Estaduais de Saúde propuseram convênios com o Ministério da Saúde com objetivo de capacitar Enfermeiras Obstetras para o SUS entre elas a do Rio Grande do Sul. Os demais convênios foram firmados entre universidades estaduais e federais.

¹⁰⁸ Onze cursos foram aprovados para execução em 1999 e 44 tiveram aprovação e iniciaram em 2000. Um desses projetos, o da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro, aprovado em 1999 não foi executada. Os recursos a ele destinados foram, então, transferidos para a Universidade Federal Fluminense, que aumentou o número de vagas de 20 para 47.

estados da Federação. Modelo que esquadrinha o país na distribuição de recursos e multiplicação de pessoal disciplinado para melhor controlar a saúde da população.

As informações sobre a quantidade de enfermeiras obstétricas formadas no Brasil antes desse período são precárias. Nesse sentido, existe o trabalho minucioso de JORGE (1976) que faz um levantamento das transformações ocorridas na formação das parteiras desde o ano de 1521 e do número de profissionais formados nas escolas ligadas às Santas Casas de Misericórdia, visto serem essas as instituições incumbidas dessa formação durante séculos. Além desse estudo, Riesco (2002) indicou que o número de enfermeiros obstetras formados nas escolas de enfermagem do Brasil nos 20 anos retroativos a 1998, foi de 1.058 e, de 1999 a 2002, 1.090, ou seja, em três anos foram formadas mais enfermeiras obstetras do que nos 20 anos anteriores. A melhora das informações obtidas pelos indicadores de saúde brasileiros, apesar de muitas vezes precários, foram determinantes para capacitar, nos últimos três anos, um número de enfermeiras obstetras semelhante ao formado nos anteriores 20 anos. O objetivo de ampliar o número dessas profissionais foi uma estratégia governamental para estimular o parto normal e reduzir as ‘alarmantes’ taxas de cesariana. Mesmo assim, um número muito pequeno em relação ao número de gestantes e de partos a serem atendidas por essa profissional; suficiente para provocar a produção de conhecimentos dirigidos para esse atendimento; suficiente, também, para atizar o fogo que nutre a disputa entre médicos e enfermeiras pela assistência ao parto. Para isso, foram necessárias regulamentações relativas à lei do exercício profissional, através de portarias que reconhecessem a incorporação das enfermeiras na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, a qual, pelo menos nos grandes centros urbanos, é considerada privativa de médicos há, pelo menos, meio século.

Dados de 1998 mostram que a cada 10 mil habitantes havia 4, 22 enfermeiros, enquanto que para os mesmo 10 mil habitantes a taxa média de médicos era de 16, 33, ou seja, o inverso da proporção adotada em países desenvolvidos (BRASIL, 2001f). Os profissionais da enfermagem, isto é, enfermeiras (os), técnicos e auxiliares de enfermagem, juntamente com outros técnicos da área da saúde representam cerca de 40 % do total de empregos do setor no Brasil, ou seja, 2,15 milhões de vagas. Entretanto, examinando os dados em série, o estudo mostra uma estagnação das vagas existentes nesse setor, o crescimento da demanda de admissões da (o) profissional enfermeira (o) e uma redução na proporção de admissões do profissional médico (BRASIL, 2001h). Já o COFEN (2005) aponta um total de 109.740 enfermeiras inscritas nesse Conselho até 31 de dezembro de 2004, dentro de um universo de 822.172 profissionais inscritos, de outras categorias da

enfermagem. No Rio Grande do Sul, o número de enfermeiras inscritas no COREN no ano de 2004 foi de 8.613, entretanto não foram especificadas as especialidades em que estas trabalham ou se qualificaram. Tanto em nível Nacional quanto no Estado do Rio Grande do Sul, esses números expressam a proporção de, aproximadamente, 1/8 de enfermeiros em relação às demais categorias da enfermagem, suas diferentes atribuições e sua divisão interna. O quantitativo de profissionais da enfermagem e de parteiras e enfermeiras obstétricas ou obstetrias tem sido considerado insuficiente e descrito como um “desequilíbrio mundial nos serviços de enfermagem e obstetrícia” (OMS, 2002), inquietando governos de nações que ‘temem’ uma deterioração de serviços de saúde prestados às populações. Esse ‘temor’ foi expresso na reunião de delegados da OMS, ao concluírem que a escassez crescente de pessoal de enfermagem deve-se a condições de trabalho inadequadas, à má distribuição e aproveitamento inadequado das práticas utilizadas pelas profissionais podendo redundar “em grave prejuízo da qualidade da atenção à saúde e do alcance das metas de saúde nacionais e mundiais” (OMS, 2002). Entre os atributos conferidos ao trabalho da enfermagem pela OMS estão: “o cuidado, apoio e conforto aos clientes; a contínua avaliação e vigilância das necessidades sanitárias e respostas às intervenções; a sensibilização e educação dos clientes e comunidades; identificação das disparidades assistenciais e desenvolvimento de serviços; prestação e coordenação dos serviços de saúde”. A OMS, ao afirmar que as enfermeiras e parteiras

complementam e favorecem outros serviços de atenção à saúde e, por isso, contribuem para assegurar o êxito das intervenções que favorecem a vida, promovem ou restauram a saúde ou, ainda, facilitam os meios que conduzem a uma morte serena, digna e indolor,

reforça o sistema de governo caracterizado pelo controle de todos e de cada um, considera tais práticas instrumentos valiosos para o desempenho maximizado e de custo adequado aos seus interesses e aos da população. Ao afirmar que as práticas desenvolvidas por enfermeiras e parteiras são possibilidades de solucionar grande parte dos problemas de acesso a uma atenção de saúde custo-eficaz e de boa qualidade, produzindo sociedades mais sãs e produtivas, a OMS alinha-se às metas para o Milênio, publicadas em setembro de 2000 pela ONU e que preconiza o desenvolvimento de um ‘mundo sustentável e sem pobreza’. Cinco dos oito objetivos traçados para o Milênio estão diretamente ligados à saúde e às práticas de enfermagem, entre os quais:

o acompanhamento da pobreza, mediante registro da prevalência de crianças com insuficiência ponderal; a promoção da igualdade entre os sexos, mediante

educação sanitária das meninas e das mulheres; a redução da mortalidade materna e pré-escolar, mediante prestação de serviços de saúde às mães e às crianças; a luta contra o HIV/SIDA, e outras doenças, mediante a diminuição da prevalência através de atividades centradas na prevenção e tratamento (OMS, 2002).

A amplitude, a efetividade e o custo desse cuidado levaram a OMS a recomendar que governos, sociedade civil, associações profissionais, instituições de ensino, Organizações Não-Governamentais e organismos internacionais tomem medidas conjuntas para melhorar os serviços de enfermagem o mais rapidamente possível. A OMS, reconheceu, também, que as reformas no setor sanitário, a descentralização e a privatização da saúde têm introduzido mudanças nas formas de trabalho, governo e financiamento do sistema que criam oportunidades e, também, geram tensões que possibilitam alterações nas e das regras e leis utilizadas para gerir tais serviços.

Uma prática adotada pelo governo brasileiro a fim de ‘aproveitar’ melhor o trabalho das enfermeiras, diminuir os riscos de morte materna e neonatal, eliminar cirurgias e riscos desnecessários, foi a de estabelecer um percentual máximo de cesarianas a ser pago aos hospitais. Assim, no segundo semestre de 1998, o percentual máximo de cesarianas permitido foi de 40% do total de partos realizados. Como efeito de tal resolução, o percentual de cesarianas diminuiu para 35% ainda no primeiro semestre do mesmo ano. Essa ação provocou uma queda na taxa de cesarianas na rede SUS pela primeira vez nos últimos 20 anos, de 32%, em 1995, para 25%, em 1999. Nesse mesmo período, o número de óbitos maternos em partos no SUS caiu de 32,4 por 100 mil para 25,7. Outra prática adotada para evitar cesarianas como forma de ‘parto sem dor’, foi permitir o pagamento de anestesia para o parto vaginal e a recomendação de práticas de alívio da dor através de meios não-farmacológicos (BRASIL, 2001b).

Dados como esses mostram o interesse do governo no tipo de profissional que pretende formar e, a partir disso, Schirmer (2001) remete a outra questão: Qual o modelo de saúde pretendido? A resposta seria que a necessidade de capacitar enfermeiras obstétricas relaciona-se à crescente demanda de um mercado de trabalho instável, flexível e cambiante em que a qualificação de trabalhadores é imperativa. Entretanto, “isoladamente [esse modelo] não trará a visibilidade necessária para garantir o espaço político [para que as enfermeiras] participem da discussão das políticas públicas de saúde” (p. 69). Daí a recomendação de um processo de formação de enfermeiras obstétricas alinhado ao pacto firmado entre representantes de 31 países durante o *International*

Technical Tonsultancy of Midwifery Leader Meetings of the Minds em 2001¹⁰⁹. Recomendações que, por sua vez, vão ao encontro dos pareceres e resoluções da Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana da Saúde, publicados anos antes.

Em meados do século XX, no Brasil, as profissões relacionadas à saúde não tinham legislação própria. Em 1949, foi criada legislação para regulamentar o ensino da Enfermagem Obstétrica no País. Em 1955, foi criada a lei do exercício profissional da enfermagem (BRASIL, 1955). Tais diferenciações ocorreram entre lutas de parteiras e as recentes enfermeiras obstétricas. Conforme JORGE (1976), as parteiras eram firmes em seus pensamentos de manter o curso de obstetrícia anexo às faculdades de medicina, sem vínculo com a enfermagem e mais próximas do modelo de trabalho e assistência ao parto européia. Tal posicionamento levava-as a lutar, inclusive, contra o direito das enfermeiras obstétricas ao exercício profissional. Por outro lado, as enfermeiras, influenciadas pelo pensamento americano de assistência ao parto, lutavam por ‘especializarem-se’ através de cursos que não fossem ministrados através das faculdades de Medicina e, também, pela garantia do exercício profissional das enfermeiras especializadas (p. 70).

Em 1986, houve mudanças na lei do exercício profissional da enfermagem, regulamentada em 1987 (BRASIL, 1987), que atribuiu não somente à enfermeira obstetra e obstetriz, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido, mas, também, ao enfermeiro sem especialização. Tal lei destacou, como competências específicas das enfermeiras obstétricas, a assistência à parturiente e ao parto normal, a identificação das distócias obstétricas, a tomada de providências até a chegada do médico e a realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessário (COFEN, 2001).

Mas nem por isso, e também por isso, a inserção institucional da Enfermeira Obstetra não ocorreu de forma menos lenta e conflituosa. Algumas Universidades e/ou

¹⁰⁹ Essa reunião ocorreu na Holanda, em fevereiro de 2001 e teve, conforme Schirmer (2001) objetivos como: auxiliar a Confederação Internacional das *Midwives* - ICM no fortalecimento das regras das líderes *midwives* para aumentar a qualidade da habilidade/assistência/cuidados, assegurando atenção com perícia no parto e nascimento para a redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal; necessidade de promover o perfil das *Midwifery* no mundo, no apoio ao acesso da mulher na atenção ao parto e nascimento, ela mesma controlando o cuidado apropriado de sua saúde e de sua família e assegurando seu direito universal a vida; determinar papéis adicionais das lideranças das *Midwives* e sua organização nos níveis nacionais e internacionais que elas podem assumir; enviar publicações prioritárias a estas líderes para melhor assistir a mulher e criança na qualidade da atenção; definir as políticas e padrões que estão influenciando na formação e os caminhos para fortalecer a colaboração continuada com outros profissionais de saúde e, traçar um plano de ação para os próximos 5 anos (p. 69-70).

Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais lançaram mão da Portaria 985/98, que cria o Centro de Parto Normal - CPN - para garantir campo de estágio para as alunas dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, abrindo unidades de CPN extra ou intra-hospitalar, sob coordenação de Departamentos de Enfermagem das Universidades.

Mesmo sendo a única categoria profissional que tem em sua legislação a ‘permissão’ para a realização do parto, o ensino dessa prática, segundo Schirmer (2001), sofre com a falta de um modelo assistencial que conte com a participação de enfermeiras obstetras. Isso faz com que a assistência ao trabalho de parto e parto seja visibilizada como atividade exclusivamente médica.

Entre as estratégias de governo que objetivam mudanças na assistência ao parto e nascimento está o Prêmio Nacional Galba Araújo, cujos critérios para participação são dirigidos às idéias e soluções para um atendimento ‘acolhedor, seguro e humanizado’ às mulheres e aos recém-nascidos sob os cuidados das instituições que dele participam. No ano de 2004 foi premiado o Hospital Geral de Itapeverica da Serra¹¹⁰, por sua experiência com o Centro de Parto Normal.

Tais Centros de Parto Normal, quando ligados a hospitais, parecem ser uma forma de transição mais bem aceita entre o atendimento ao ‘parto de risco’, que precisa ser atendido por um médico, e no hospital, e o parto de ‘baixo risco’ que é de competência da enfermeira e que não precisa de atendimento hospitalar. As evidências mostram que o parto hospitalar não tem sido garantia da diminuição da mortalidade materna, assim como a competência legal, isoladamente, não cria o espaço político para o exercício da prática e da visibilidade social de uma profissão como a das enfermeiras. No primeiro caso, contribui a maior demanda de especialistas em serviços de alto risco com uma conseqüente insuficiência de profissionais habilitados em serviços de referência, o que não garante o cuidado nas emergências obstétricas em todos os níveis de assistência. Para isso, Schirmer (2001) aponta a necessidade de investir no treinamento e atualização de profissionais de saúde para atender ao parto e ao nascimento de forma a ‘salvar vidas’ de modo ‘seguro’ e competente o que, para a autora, suporta o envolvimento de vários profissionais, entre eles, as enfermeiras. Já a segunda possibilidade implica vontade política de gerir a saúde da população de forma a esquadrihá-la e distribuí-la conforme os diferentes modos de assisti-la. Entretanto, a carência de enfermeiras tem feito com que órgãos fiscalizadores da

¹¹⁰ O Hospital Geral de Itapeverica da Serra foi construído pela Secretaria de Saúde de São Paulo e é gerenciado por uma Organização Social (privada).

profissão desempenhem um papel mais punitivo em relação às leis existentes do que de preenchimento nas lacunas existentes em sua formação e qualificação. Com a política nacional de visibilização da atuação da enfermeira na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, o COFEN publicou a Resolução nº 223/99 (BRASIL, 1999b), incorporando a Portaria Ministerial nº 2.815/98 – que inclui no sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra” (BRASIL, 2001b) - à Portaria nº 163/98 da SAS/MS - que trata da possibilidade da “emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar aos Enfermeiros portadores de Diploma, Certificado de Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher” (BRASIL, 1998b). Tal resolução, ao mesmo tempo em que propicia instrumentos legais para que as enfermeiras sejam inseridas no sistema público de saúde, no âmbito da assistência ao parto em Maternidades ou Centros de Parto Normal, incita associações médicas a obstruírem instituições de saúde que oferecem seus serviços como campo de estágio para cursos de formação de enfermeiras obstétricas. Entre essas, cito duas situações recentes. A primeira descrita por Schirmer (2001), em que relata “o impasse ocorrido na UNB¹¹¹, que mesmo tendo seu curso aprovado em 1999, somente no 2º semestre de 2000, após inúmeras negociações com os gestores do DF, foi possível iniciar a prática em Centro–Obstétrico no Hospital Materno-Infantil de Brasília, com apoio do seu Diretor” (p. 84). As inúmeras publicações ‘a pedido’ veiculadas no principais meios de informação do Rio Grande do Sul, como os jornais Zero Hora e Correio do Povo, as rádios Guaíba, Pampa, Gaúcha e Farroupilha e a TV COM, em todos os dias da segunda quinzena de maio de 2005, foram algumas das últimas manifestações contra a categoria das enfermeiras e, dessa vez, enfermeiras obstétricas.

A discussão promovida pela rádio Pampa de Porto Alegre¹¹² foi um desdobramento das denúncias realizadas pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul sobre o exercício profissional de enfermeiras obstétricas. Nela, o presidente do Sindicato dos Hospitais, Paulo Davi Gusmão, afirmava não ver qualquer problema na atuação de profissional não-médico desde que o controle das ações de saúde fosse supervisionado pelo médico. Para

¹¹¹ Univesidade Federal de Brasília.

¹¹² Programa **Conexão** realizado no dia 27 de maio de 2005, das 13h às 14h 45 min, na rádio Pampa de Porto Alegre. Coordenado pelo jornalista Davis Wagner que destinou todo o espaço do programa para as manifestações do Sindicato Médico do Rio grande do Sul, Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul, Sindicato dos Hospitais, Movimento das Donas de Casa e Consumidores do Rio Grande do Sul, Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas e Neonatais e Direção Técnica do Grupo Hospitalar Conceição.

ele, o médico deve ser sempre o coordenador das equipes de saúde. No dizer do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, quanto a atuação das enfermeiras nos partos, considera-a improcedente visto não ter recebido, até o momento, nenhuma queixa quanto à atuação das enfermeiras. Já, Rogério Amoretti, Diretor Técnico do Grupo Hospitalar Conceição, entende que a instituição presta um serviço público à população ao disponibilizar campo de treinamento prático para a assistência ao parto a profissionais ‘altamente qualificadas’, o que vai ao encontro da normatização do Ministério da Educação (BRASIL, 2005b). No mesmo encontro, o Sindicato dos Enfermeiros expôs a preocupação quanto ao informe publicitário do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, com o aval da Presidente do Movimento das Donas de Casa e Consumidores do Rio Grande do Sul, quanto aos partos realizados por enfermeiras no Hospital Conceição, “pois ele não tem nada de esclarecedor: o informe aterroriza a população dando a idéia, falsa, de que enfermeiras fazem parto de forma escondida, ilegal e sem o conhecimento da população”. A Presidente lamenta que os esforços do Sindicato Médico não se dirijam para a discussão conjunta entre sociedade gaúcha e instituições de saúde, que poderiam utilizar seu pessoal capacitado e tecnologia para melhorar a saúde da mulher. Ao fazer referência ao conteúdo das ‘notas de esclarecimento’ veiculadas com o patrocínio do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, a Presidente do Sindicato dos Enfermeiros lamenta o conteúdo desatualizado que considera, ao mesmo tempo,

um desrespeito às enfermeiras, uma necessidade de desqualificação de profissionais que ameaçam o mercado médico em relação às práticas relacionadas ao ‘parto normal’, uma desinformação quanto aos dados epidemiológicos relacionados ao parto e nascimento e à história da obstetrícia (DIAS, 2005).

Num de seus trabalhos, Goldman e Barros (1998) concluíram que 93,8% dos partos assistidos por enfermeiras na cidade de São Paulo não apresentaram complicações. As complicações surgidas relacionaram-se ao secundamento patológico (5,1%) e hemorragia pós-dequitação (1%). Entretanto, tais estatísticas perdem-se nas lutas travadas entre a medicina e demais profissionais da área da saúde por um maior quantitativo de vagas e condições de trabalho diferenciadas, invalidando estatísticas de que práticas utilizadas por enfermeiras obstétricas são seguras e eficazes. Nesse sentido, evidencia-se o pensamento das três principais¹¹³ entidades médicas do Rio Grande do Sul, “em torno de um interesse comum em favor da classe médica [que relatam sua preocupação quanto] a abertura indiscriminada de faculdades de medicina no Estado e no País” (CREMERS, 2005;

¹¹³ AMRIGS- Associação Médica do Rio Grande do Sul, SIMERS – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e CREMERS – Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul.

SIMERS, 2005). O presidente do CREMERS, Luiz Augusto Pereira, na mesma publicação, informa que o “Brasil conta com 144 faculdades de medicina e, aproximadamente, 300 mil médicos [...], um profissional para cada 622 habitantes no país” (CREMERS, 2003) e, no Rio Grande do Sul, um profissional para cada 470 habitantes, ou seja, o dobro de profissionais recomendado pela OMS, que preconiza um médico para cada mil pessoas. Por considerar o número de médicos excessivo, há o que o CREMERS chama de “aviltamento profissional do médico”. Para ele, tal aviltamento é produzido com “a criação indiscriminada de faculdades de medicina [...], o que prejudica a qualidade do ensino e produz a indústria do erro médico cuja causa primordial é o salário baixo, fazendo com que o médico precise de vários empregos para se manter razoavelmente” (CREMERS, 2005). Por isso, as três entidades decidiram

criar a Comissão Contra a Proliferação de Escolas Médicas; alertar para o prejuízo que a abertura de escolas desnecessárias tem trazido à qualidade do ensino e da assistência médica e recomendar aos médicos que não participem de projetos de abertura de novas escolas médicas e aguardem a posição oficial das entidades (AMRIGS, 2005).

E é também por isso que a utilização de argumentos que desqualificam o trabalho das enfermeiras obstétricas quanto às suas práticas de realização de partos, não pode ser discutida sem que seja evidenciada a disputa desse fazer entre médicos e enfermeiras. Disputa que se torna evidente a partir dos planejamentos do ensino da obstetrícia em campos de estágio para enfermeiras e graduandas em enfermagem. Onde levar as alunas sem que passem pelo constrangimento do rechaço médico? Muitas vezes, a situação é resolvida em nome de relacionamentos pessoais entre profissionais, o que expressa a dificuldade em estabelecer relações de reconhecimento pelo profissional. Assim, no Rio Grande do Sul, houve a necessidade de as alunas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, promovido pela Faculdade de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul, ocorrido em Caxias do Sul no ano de 2004, transferir sua prática de partos para uma instituição hospitalar de São Paulo, visto a direção médica não permitir a entrada das enfermeiras-alunas nas salas de parto. Dificuldades também enfrentadas com o grupo de alunas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFRGS, no ano de 2005, que, em dado momento, foi impedido de entrar no Centro Obstétrico do Hospital Público de Alvorada – RS, por dois médicos plantonistas, à revelia do acordo firmado com a Instituição. Os plantonistas alegaram pertencer ao Sindicato Médico e não concordarem que enfermeiras fossem treinadas para realização de partos. Em vista disso, o grupo de

estágio foi mobilizado para o Hospital Municipal de Sapucaia-RS, onde já havia outro grupo estagiando e cujo diretor técnico é o mesmo do Hospital de Alvorada. Entretanto, foi o curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UNISINOS que tornou mais evidente, para a sociedade, a dimensão das lutas entre as categorias médicas e de enfermagem pela realização do parto vaginal de baixo risco. Nessa situação, o SIMERS publicou diversas reportagens e matérias pagas, aludindo que o motivo de sua indignação foi a denúncia de ‘uma mulher’ quanto à forma de ser tratada por uma enfermeira. As instituições de enfermagem foram a procura de tal denúncia, primeiro na instituição onde os estágios ocorreram e, após, nas instituições profissionais onde tais queixas podem ser realizadas. Tal fato nunca foi comprovado e houve quem dissesse que ‘a mulher’ seria uma médica residente. Esses acontecimentos colocaram, novamente, a questão da luta pelo saber e acabaram por divulgar o fazer das enfermeiras obstétricas. Um saber que é resistência ao poder e, ao mesmo tempo, faz parte desse poder; que se manifesta num contrapoder, ou numa resistência, que é o próprio poder em ação; nas ações políticas que a luta faz emergir de um lado e de outro, gerando, ao mesmo tempo, a continuidade de um fazer e a entrada de outro. O SIMERS também produziu efeitos na atuação da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, ao tentar embargar a atuação das enfermeiras através da supressão do ‘protocolo de ações de saúde do profissional enfermeiro’. Após reuniões do Conselho Municipal da Saúde, o protocolo foi restabelecido e os cargos de gerência das Unidades Básicas de Saúde voltaram a ter profissionais de todas as categoriais da saúde.

No que se refere às modificações no espaço político de atuação de enfermeiras obstétricas, Schirmer (2001) avalia que os mesmos ocorreram através do

aumento da demanda de criação de CPN na rede pública; utilização dos especialistas em enfermagem obstétrica nos Centros de Formação do Programa de Saúde da Família - PSF; participação da ABEN e ABENFO como suporte técnico na elaboração das Normas Técnicas publicadas pela Área de Saúde da Mulher a partir de 1998; participação destas entidades de classe em Comitês e Comissões existentes na Área de Saúde da Mulher de forma mais efetiva, como por exemplo, na avaliação das maternidades candidatas ao Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo e no Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais; fortalecimento e ampliação das afiliadas da ABENFO; apoio financeiro aos eventos científicos para discussão do papel da enfermeira obstetra na assistência materna e perinatal, promovido por Universidades, Secretarias Estaduais e Municipais e Órgãos e Entidades de Classe; publicação das Portarias Ministeriais e da Resolução COFEN 223/99, que fortalecem a competência legal do enfermeiro e do enfermeiro obstetra; estabelecimento de parcerias com instâncias de gestão do SUS com IES, no âmbito da formação, inserção profissional na rede assistencial, participação nos órgãos de controle social e nos comitês técnicos (SCHIRMER, 2001, p. 91-92).

Para a avaliação da prática e do exercício profissional da enfermagem obstétrica, Shirmer (2001) prescreve o controle através de indicadores tais quais, o registro na Tabela de Informações Hospitalares e Ambulatorial (SIH/SIA/SUS) nas cidades onde as enfermeiras(os) titulada(os) no SIH/SUS dos partos normais sem distócia realizados por enfermeiras obstetras; a monitoração do número de consultas de pré-natal e puerpério realizadas por enfermeiras nos municípios onde o Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto está implantado; a produção de estimativas a partir do atendimento da demanda para se estabelecer o número necessário e adequado de enfermeiras tituladas, a manutenção da oferta de cursos de enfermagem obstétrica pelas diversas escolas do país, a disponibilização dos dados obtidos pelo sistema de creditação do título de especialistas no COREN de cada Estado, a disponibilização do número total de enfermeiras obstetras existentes e o número de Centros de Parto Normal, com atuação de enfermeiras obstetras para os órgãos de gestão do sistema de saúde. Uma recomendação que abrange a educação e suas políticas, a assistência à saúde e suas políticas, a pesquisa e suas políticas, efeitos e produtores do maior número de conhecimentos possíveis para que a gestão da população ocorram com o maior controle possível, com a melhor qualidade possível e com os menores custos possíveis.

O cenário em que tais efeitos e produções se dão, relaciona-se com a história de como as categorias médicas e de enfermagem evidenciam suas disputas pelo espaço de realização do parto. Por isso cito o primeiro curso de orientação e atualização para parteiras da Santa Casa de Misericórdia, ministrado em 1950. Para esse curso foram produzidas, pelas chefias médicas, uma série de prescrições sobre a conduta das estudantes de enfermagem obstétrica e das parteiras, tanto no que se refere ao que poderiam quanto ao que deveriam fazer (BRANDÃO, 1998). Assim, as estudantes não poderiam:

Declarar que o parto era gemelar; dizer que a criança estava morta, quanto fosse o caso; dizer que a criança era grande demais; comentar outros casos de parto enquanto aguardavam; dizer se o períneo iria romper ou não; receitar nenhum tipo de medicamento; receitar penicilina; levantar a paciente sem a ordem do médico; determinar o horário da primeira mamada; mandar recados ao médico, em caso de risco, e sim falar com ele pessoalmente; fazer uma sutura de períneo, sem falar com o médico antes; dizer ao médico o que ele teria que fazer no parto; comparar os procedimentos dos vários médicos envolvidos, quando fosse o caso, na frente da parturiente e sua família; usar os termos “suspensão das regras” e sim, amenorréia; avisar que a criança estava atravessada; demonstrar serem muito sabidas nem fazer comentários sobre o médico que a família da parturiente decidira consultar (BRANDÃO, 1998, p. 110).

Havia, também, as prescrições sobre o que as estudantes deveriam fazer:

Contar casos alegres e bem resolvidos, fáceis, para deixar a parturiente confiante; Colocar a gestante numa peça desimpedida, com os móveis arredados por ela e dispor de um local para colocar as bacias, o estojo de injeção, o irrigador, os papéis impermeáveis e as toalhas; Fazer a tricotomia vulvar; Esvaziar a bexiga por sondagem; realizar lavagem intestinal e lavagem da face interna das coxas, vulva e períneo com sabão; Banhar a criança logo ao nascer e mostrá-la à mãe como recompensa por tanto sacrifício; Guardar a placenta por algumas horas para o médico examiná-la; Usar luvas durante o parto; Ter calma e paciência; Não apressar ou retardar o parto conforme as suas necessidades; Indicar um obstetra somente a pedido da família e com absoluta isenção; Além disto, deveria causar ótima impressão com sua aparência, sua cutis, seus cabelos, dentes e unhas; Apresentar-se com indumentária correta, sem descuidos ou negligências; saúde impecável (p. 111-113).

Entre 1950 e a atualidade, algo se rompeu. Passou-se da subserviência às regras impostas por uma categoria profissional à outra, em nome da ciência, à discussão entre tais categorias pelo espaço profissional, disponibilizado pela sociedade e governo. De acordo com a lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº. 94.406/87 (BRASIL, 1987), a assistência de saúde à mulher no ciclo gravídico-puerperal de ‘baixo risco’ pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira. Mais, não há outra lei que respalde qualquer outro profissional para essa prática. Entretanto, uma lei não é suficiente para garantir práticas; em sua vigência, mantêm-se e criam-se práticas que desqualificam o trabalho das enfermeiras, ao mesmo tempo em que outras práticas produzem-se como forma de resistir a tais desqualificações. Assim, as instituições de assistência e ensino brasileiras que mantêm campos de estágio e trabalho para enfermeiras obstétricas têm sido frequentemente, palco de batalhas, onde instituições e profissionais se confrontam frente à pressão gerada pela ausência de médico na prática do parto, de tal maneira que o corpo da gestante somente possa ser visto através da presença do médico. Ou seja, na ausência do médico o corpo da gestante não é um corpo que emana saber. E assim tratado, como espaço visível da gestação, de seus riscos e de doenças, território e fundamento da medicina moderna e do discurso médico, o corpo gestante não é mais resultado de possessão demoníaca ou castigo de Deus, mas o espaço sólido e visível de transformações do que é visto, em fatores de adoecimento. Por sua vez, tais fatores de adoecimento também produzem saberes e, daí, a necessidade de exames complementares e a interdição dos mais elementares às enfermeiras. Os exames complementares são produzidos, então, como “ser sensível capaz de informar sobre a iminência de uma doença que acomete um ser que ignora o próprio sentir [produzindo], nesse percurso [...], a história dos males como uma história médica e uma história tecnológica dos males” (WITKOWSKI, 1997, p. 432).

A determinação de competências sobre quem pode ou não pode realizar determinadas ações teve, em diversos momentos, suas interdições. No juramento de

Hipócrates (datado do século III a.C.), é indicada a impossibilidade ética da medicina em não tocar no sangue e fluidos humanos e, também, manter as pessoas habilitadas naquele mister: “Não usar da faca nos doentes com cálculos, mas ceder o lugar aos nisso habilitados” (OLIVEIRA, 1981, p. 79).

Tal habilitação conferida às parteiras da Idade Média era, a um só tempo, uma desqualificação a um ofício narrado como de menor prestígio como uma forma de tratamento às pecadoras e ao fruto de seu pecado – todas as grávidas e seus filhos. Consideradas o pior tipo de bruxas pelos Inquisidores, as parteiras, ao atender ao parto, infringiam leis e normas cristãs visto que, além do manuseio de substâncias impuras, escolhiam intervir em favor da grávida ao invés do feto, quando esta apresentava riscos evidentes. Isso ia de encontro ao que os inquisidores chamavam de vontade divina: matar o feto era entendido como uma forma de “oferecer aos demônios o maior número possível de recém-nascidos” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 216), pois estes não poderiam ser batizados. A igreja preferia, então, a morte da mãe, supondo-se que esta era batizada, e livre do pecado original teria garantido seu lugar ao lado de Deus. A prática de feticídios pelas parteiras é descrita na diocese de Basiléia, na cidade de Dann, e na diocese de Strasburgo, na cidade de mesmo nome. Na primeira, uma ‘bruxa’ confessou ter matado mais de 40 crianças, durante o parto, através da introdução de agulha em seu cérebro; na segunda, há o relato da captura de uma parteira ao ser flagrada quando o braço de um recém-nascido desprende-se do manto usado para ocultá-lo. Em confissão, essa parteira disse ter perdido a conta de quantas crianças matara. Entretanto, para a Igreja havia uma distinção: nem todas as parteiras eram consideradas bruxas, já que o trabalho das que jurassem ser boas católicas era reconhecido como trabalho cristão. Uma das atribuições das parteiras assim distinguidas era o aconselhamento às mulheres tementes a Deus para que não se aproximassem ou falassem com bruxas, sob pena de punição divina.

A mão da bruxa e, portanto, a mão do demônio no corpo do recém-nascido, era evidenciada pela presença de manchas em seus corpos. Tais manchas estabeleciam relações com o sinal de impureza do pecado original e eram relacionadas diretamente à bruxaria. Havia, também, a prática de retirar a criança recém-nascida do “abraço da mãe honesta” (KRAMER; SPRENGER, 2000, p. 286) e levada para perto do fogo¹¹⁴, quando era erguida nos braços e oferecida ao demônio sob a ‘desculpa’ da parteira de aquecê-la; a

¹¹⁴ Atualmente o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b) recomenda “receber o recém-nascido, secá-lo e colocar em campo estéril e aquecido sob o calor radiante” (p. 129) e, após avaliação entregá-lo “à mãe para um contato íntimo e precoce”, como condição indispensável para a sobrevivência e saúde do novo ser.

criança era levada pela própria mãe quando esta era bruxa. Quando a criança levada para perto do fogo era menina, a bruxa parteira passaria a contar com a recém-nascida desde o berço, aumentando “seu poder e perfídia” (p. 287). Se entregues ao demônio, as crianças ainda poderiam não ficar completamente afastadas da graça de Deus e livrar-se do mal ao cultivar virtudes de sua mãe ou ao ser alvo de “algum milagre” (p. 288). O oferecimento da criança ao diabo, e não a Deus, produzia a impossibilidade de essa criança viver fora do pecado, de dedicar a vida ao serviço do Senhor “para o benefício de si própria e dos outros” (p. 287), e de realizar oferendas a Deus através de seus representantes, os clérigos. A oferenda era o sinal de submissão e de honra ao Senhor de forma que “Filho, se tens posses, faz com elas bem a ti mesmo, e oferece a Deus dignas oblações” (ECLESIASTICO, cap. 14, vers. 11, p. 912).

O pavor ao sangue e às secreções manteve o cirurgião e o médico ausentes do local do parto até o século XIX. No Brasil, o ofício era visto como algo degradante, desonroso e vil. Lidar com secreções e odores femininos era contra a ‘natureza do homem’. Daí a maior presença de mulheres e, entre estas, de “negras e de mulatas no ofício de partejar” (OSAVA, 1997, p. 26). Ao pesquisar o período compreendido entre 1844 e 1896, Souza utilizou documentos que continham informações sobre as parteiras da época produzidos, em sua maioria, “por médicos ou elaboradas por órgãos do governo, como a Fisicatura Mor, as Câmaras Municipais, a Faculdade de Medicina e a Junta de Higiene” (p. 24). Na descrição das parteiras desse período fazem parte de suas características o fato de serem negras, mulatas, muitas vezes escravas ou ex-escravas. Tais atributos também justificavam o menor valor cobrado pelo trabalho de assistir a mulher no parto e nascimento. Outras descrições apontavam a pouca instrução¹¹⁵ e o fato de serem velhas e pobres; “mulheres de ordinário nascidas numa classe mui baixa da sociedade, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos os conhecimentos, [...], cuja mocidade foi estragada nos deboches e nos prazeres” (SOUZA, 1998, p. 32). Entretanto, a história mostra que várias parteiras exerceram a profissão por longo período, sugerindo que as mesmas iniciaram a profissão bastante jovens. Outra característica descrita no sentido de desqualificar o ofício

¹¹⁵ Todavia, sobre o nível de instrução em Porto Alegre no ano de 1893, consta que “73% da população não sabia ler nem escrever sendo que o jovem que conseguisse se formar no “ginásio¹¹⁵ [...] estava apto para trabalhar na função pública e no comércio” (LOURO, 1994, p. 104). Percebe-se assim, que quem conseguia cursar os cinco anos correspondentes ao ginásio (hoje oito anos de ensino fundamental) eram, principalmente, os jovens e não as jovens. Além do mais se torna visível, através desse dado, os poucos anos de escolaridade dos poucos homens que tinham acesso à escola.

das parteiras da época é que, “não podiam ser submetidas a provas de habilitação por não poderem, quase todas, ler ou escrever” (p. 35).

O atendimento da maior parte das parturientes por parteiras foi realizado até meados do século XX, porque essa atividade era considerada desonrosa e vil, sendo proibida, pela Igreja, aos homens. As impurezas femininas - sangue e fluídos - a proximidade com o corpo e a alma da mulher - mais próximos do demônio do que de Deus - afastava os homens dos preceitos divinos, cabendo, portanto, às mulheres, as atividades consideradas terrenas e desprezíveis como o atendimento ao parto e nascimento. Além disso, era recomendado a todas as mulheres o recato quanto à exposição de seu corpo, em qualquer situação, fosse frente a outras mulheres ou, principalmente, frente ao sexo oposto. Daí a presença masculina no local do parto constituir-se em outra grave quebra de preceito moral.

Mas não somente sobre as parteiras negras, velhas, ex-escravas ou pobres recaía a desqualificação do ofício. No Brasil do século XIX, no que diz respeito às parteiras brancas e imigrantes, o discurso de desqualificação de suas atividades relaciona-as ao uso abusivo de bebidas alcoólicas, promoção de abortamentos e abandono de crianças na roda dos expostos, entre outras:

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

Portanto, escolher parteira negra ou mulata era não se predispor ao risco de ter, em seu domicílio, uma parteira imigrante e branca, cuja reputação moral, sempre duvidosa, poderia colocar em risco a própria reputação da gestante. Desse modo, razões econômicas e morais regulavam a escolha das parteiras, de acordo com a época e o tipo de governo que vigorava.

A imagem da parteira relacionada à da mulher ignorante, sem moral, que praticava aborto, infanticídio e que deixava crianças na roda dos expostos, aparece em diversas documentações que atravessaram séculos conforme o estudo de Souza (1998). Foi de uma

forma híbrida que Manuel Antônio de Almeida (ALMEIDA, 1997) descreve a parteira do século XIX em seu livro ‘Memórias de um Sargento de Milícias’: beata, agitada, de aparência antiga, bonachona e esperta, cujas vestes não dispensam o uso de mantilhas e amuletos, mas excluem o espartilho que limita os movimentos. No livro, ela não tem nome nem lar; é a ‘comadre’ que se relaciona com pessoas de variados meios sociais, circula entre as casas e vidas do lugar, leva e traz notícia e, com isso, muitas vezes ocasiona mudanças em seus viveres (SOUZA, 1998; OSAVA, 1997; ALMEIDA, 1997). Além da parteira que Manuel Antonio de Almeida descreve em sua ficção, Madame Dürocher (1809–1893), também parteira do século XIX, é descrita como usuária de saia simples que lhe dava amplitude e liberdade de movimentos. Entretanto, outras peças de sua indumentária mereceram destaque nas descrições sobre sua pessoa: o casaco, a camisa, a gravata e o chapéu usados pelos homens da época; os cabelos cortados curtos salientavam o aspecto ‘singular’. Dürocher dizia ter adotado tais trajes por ser mais cômodo para o exercício do ofício, além de julgar que “esse meu exterior deveria atuar muito no moral da mulher inspirando-lhe mais confiança e distinguindo a parteira do comum das mulheres” (SOUZA, 1998, p. 173). Considerada uma parteira de ‘notório saber’, emitia atestados a fim de que outras mulheres pudessem obter suas licenças para partejar.

Os relatos sobre o aprendizado do ofício de parteira apontam que o mesmo dava-se através dos aconselhamentos de médicos e da leitura de compêndios, mostrando que nem todas eram analfabetas. Quanto à forma de prestar os cuidados à parturiente, Souza (1998) relata que estes eram feitos no leito e no domicílio da mulher; relacionavam sofrimento à ação que o aliviava, unindo instinto e sensibilidade, como no relato realizado pela filha de uma fazendeira do café, na segunda metade do século XIX:

Minha mãe [...] foi com a Mã para a colônia onde Pascoalina estava sofrendo as dores do parto e mandara recado para que fosse logo [...]. Todas as mulheres da colônia rodeavam a cama de Pascoalina e cada uma dava um palpite diferente. Quando viram minha mãe chegar com a caixa e o livro, retiraram-se em respeito, silenciosamente, e só permaneceram no quarto minha mãe e Mã¹¹⁶ (SOUZA, 1998, p. 78).

Tais cuidados mostram que os conhecimentos eram transmitidos a quem interessasse, fazendo com que todos fossem práticos e, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de uma medicina que, anterior ao ‘nascimento da clínica’, “era uma relação universal da Humanidade consigo mesma” (FOUCAULT, 1998, p. 60). À medida que este saber foi sendo sistematizado, instaurou-se a escrita e o segredo, cujo acesso foi, e é possível aos

¹¹⁶ Maria José Dupré, lembrando os partos feitos por sua mãe, fazendeira de café, nas margens do rio Paranapanema, na metade do século XIX.

que fazem parte e conhecem tal sistematização, assegurando “a repartição deste saber com um grupo privilegiado, e a dissociação da relação imediata, sem obstáculo ou limites, entre o Olhar e a Palavra” (p. 61).

As parteiras não se restringiam aos cuidados e segredos relacionados aos processos da parturição. Elas possuíam conhecimentos e estratégias que lhes possibilitavam transgredir as normas que defendiam o casamento, a família e a maternidade. Assim, podiam “ir ao encontro dos desejos das mulheres que não podiam, não queriam ou não tinham condições de ter filhos, porque eram solteiras, tinham muitos filhos, não tinham como sustentar a criança ou porque a criança era fruto das condenadas relações extraconjugais” (SOUZA, 1998, p. 80).

Os ‘segredos’ das parteiras, institucionalizados a partir da sistematização de condutas na sociedade, se constituíram em formas legais e tecnológicas de visibilização de uma situação dada, seja através dos testes de paternidade, programas de adoção, exames para controle da gestação e feto e outros. Tal institucionalização foi possível com a modernidade, com a ciência e com as políticas de confinamento da gestante e do parto, no hospital. É no hospital que um grande número de gestantes e doenças a elas relacionadas, podem ser estudadas concomitantemente e conforme a necessidade médica.

O hospital, até o século XVIII, não é considerado um ambiente de cura: é um local aonde o pobre vai para morrer e receber os últimos sacramentos religiosos e, portanto, salvar sua alma. A salvação dava-se, também, às pessoas que prestavam atendimento aos internos. Dessa maneira, poderiam ser salvas as almas dos pobres, dos doentes e das pessoas que, por caridade ou fé em Deus, prestavam atendimento nessa instituição. Todavia, o importante a ser salvo era a alma, não sendo, portanto, necessário, que as pessoas tivessem experiência ou competência para curar o corpo dos internados. Sua competência restringia-se ao acompanhamento da morte.

5 PARTO DOMICILIAR: CAMINHO DE VOLTA AO PARTO EM CASA?

As modificações que se operaram nas sociedades e nos modos de governo tornam possível a volta ao parto em casa da maneira como tais partos se davam? Esse capítulo descreve outras formas de atenção ao parto e ao nascimento que, ao olhar mais atento torna visível a individuação da maneira de parir e nascer.

5.1 Outra rede de atendimentos e de educação ao ‘parto humanizado’

[...] se fecharmos os olhos e os voltarmos a abrir, verificamos com surpresa que os grandes cientistas que estabeleceram e mapearam o campo teórico em que ainda hoje nos movemos, viveram ou trabalharam entre o século XVIII e os primeiros vinte anos do século XX. [...] De tal modo é assim que é possível dizer que em termos científicos vivemos ainda no século XIX e, que o século XX ainda não começou, nem talvez comece antes de terminar (SANTOS, 2001, p. 4).

Em meio ao convite para um pensar diferente, Boaventura de Souza Santos afirma que a marca do pensamento científico do século XIX continua de tal forma presente hoje que é difícil se reconhecer mudanças que caracterizam outro momento histórico. Entretanto, mesmo reconhecendo-se no programa de humanização do parto uma política de confinamento da população - ao hospital, característica das sociedades disciplinares, vislumbra-se a necessidade de que práticas ‘científicas’ sejam realizadas fora dos rígidos meios de confinamento. O parto, tal como preconizado pela política pública de humanização, sai da sociedade disciplinar e começa a espalhar e firmar suas raízes numa sociedade de controle - ainda pouco visível, porém com práticas nela sustentadas. Para Deleuze (2002) a constante e extrema miséria de três quartos da humanidade durante o período de capitalismo, coloca ao governo a necessidade de enfrentar a dissipação das fronteiras dos confinamentos e a explosão dos guetos e favelas (DELEUZE, 2000). A possibilidade e a necessidade de saída do parto e nascimento do confinamento hospitalar colocam em evidência a questão de que a cada sociedade correspondem certos tipos de procedimentos e maquinarias que exprimem formas sociais capazes de lhe dar início e de colocá-la em movimento. Todavia, não determinam o tipo de sociedade em que se vive: é a forma de utilização desses procedimentos e maquinarias que nos indicam o tipo de sociedade em que vivemos. É preciso, então, analisar suas práticas (DELEUZE, 2000), por exemplo, a necessidade de formar profissionais para atendimento ao parto, onde quer que estejam, utilizando-se recursos disponíveis, como os oferecidos pela UNICAMP – Universidade de Campinas, conforme anúncio que segue:

Nossa Universidade está convidando os interessados em informações atualizadas sobre modernos e eficientes métodos de humanização do nascimento em gestações de baixo risco a participarem de dois cursos à distância. Para mais informações acesse nosso site:

http://www.extecamp.unicamp.br/parto_alternativo.

O anúncio descreve uma urgência em socializar os ‘modernos e eficientes métodos’ de humanização do parto e nascimento e a possibilidade de encurtamento de distâncias para o aprendizado, por exemplo, via internet. Nesse caso, o aluno é o vigia de si mesmo e de seu aprendizado. O educador é disponibilizado para resolver dúvidas ou dilemas éticos possíveis de serem solucionados na web. Tal aprendizagem supõe conhecimentos prévios do aluno não apenas sobre o assunto que quer estudar, mas também, da ferramenta virtual. Qual o ônus de um ensino assim estruturado? Uma resposta é a possibilidade de maior controle sobre os efeitos desse ensino sobre a sociedade, através do registro da atuação dos alunos em bancos de dados continuamente alimentados. Existe o custo econômico sobre o qual tais práticas incidem. Bentham (FOUCAULT, 1999c) fala sobre ele: quantos vigias serão necessários? Conseqüentemente, quanto a máquina ou política custará? Mas, existe também o cálculo do custo político que precisa ser avaliado pelo risco de provocar revoltas ou, se a intervenção for muito descontínua, de permitir o desenvolvimento de resistência ou de desobediência, o que tem um custo político elevado.

Em determinada época, na vigência do poder monárquico ou soberano, o confinamento de grávidas nos hospitais era irrisório e, quando ocorria, era em grandes enfermarias, onde as próprias gestantes se ajudavam mutuamente, acarretando baixos custos. Além disso, por ser o hospital um local para atendimento de mulheres de ‘baixa’ moral, quem para lá se dirigia, já possuía o estigma de pessoa marginalizada e, portanto, culpada, sendo necessário que a punição oferecida fosse espetacular. Só, anônima e desinformada, a mulher temia o sofrimento e divulgava-o como forma de expiação de suas culpas. A violência com que a expiação da culpa se evidenciava no hospital tinha a função de assegurar a continuidade de determinado pensamento, qual seja, evidenciar o sofrimento corporal do parto como expiação dos pecados em troca da salvação da alma. O poder assim instituído foi, a partir do século XIX, considerado um poder oneroso e de poucos resultados. As despesas destinadas ao tratamento do corpo para a expiação dos pecados passam, então, a ter pouco valor no momento em que a vida da população torna-se mais importante para o governo dos homens do que para o governo de Deus. E, se as mulheres morriam, ficavam mutiladas ou perdiam seus filhos em conseqüência do parto, a população

ficava sem uma pessoa para o trabalho e a criança ficava sem a mãe, o que ia de encontro às necessidades de mão-de-obra para o Estado.

Nas sociedades de confinamento, uma das práticas de parto hospitalar foi, inicialmente, a permissão de acompanhantes quando havia necessidade de conter ou vigiar ou mesmo cuidar da mulher. Tal prática foi substituída pela interdição desses acompanhantes e a presença de maior número de pessoal treinado trabalhando nessas instituições. Na atualidade, a permissão da presença do acompanhante é possível somente para as mulheres que internam em clínica privada ou diferenciada; o direito ao acompanhante e à doula continua sendo uma arena de lutas entre profissionais e população, não-apaziguada pela aprovação da 'lei do acompanhante' (BRASIL, 2005a). Se, por um lado, o acompanhante ou a doula não 'resolvem a conduta condenável' da mulher no trabalho de parto e período expulsivo - expressa através de gritos e reclamações - por outro, têm sido considerados fator de diminuição de intervenções e do tempo em que esses processos normalmente ocorrem. Em seus desdobramentos, tais acompanhantes representam diminuição de custos para a Saúde e identificados como 'a polícia' do parto que, a um só tempo, vigiam a mulher e acompanham o trabalho dos profissionais que a assistem. Tal vigilância tem provocado resistências à implantação da legislação específica tanto no que se refere à presença do familiar quanto na dificuldade da contratação de doulas pela mulher ou pela instituição que a confina. A presença de acompanhante instiga a gestante a conhecer as práticas de parto utilizadas e aumenta a possibilidade de que ela mesma se vigie e se controle motivada por um olhar externo.

A racionalidade contida no programa de humanização do parto governa tanto a conduta dos sujeitos para as quais as ações são diretamente pensadas, quanto também constituem subjetividades entre os diferentes sujeitos envolvidos na elaboração, realização e avaliação desses programas. A grávida, a parturiente e sua família são interpeladas pelo pensamento dos profissionais e acompanhantes fazendo com que sejam colocados frente às práticas descritas nos manuais. Por isso, tais documentos utilizam uma linguagem 'pedagógica' ao descrever a importância da 'medicina baseada em evidências científicas', ao atualizar as práticas de parto, ao traçar novos perfis para os profissionais nelas envolvidos, ao propagar a necessidade e importância do programa para a melhora das condições de vida e de trabalho na sociedade atual. O programa de humanização do parto é, então, um dispositivo de governo que envolve um conjunto de discursos (pedagógicos, econômicos, psicológicos) que se articulam através de enunciados científicos e que justificam medidas administrativas e educacionais a serem implementadas através de

diferentes instituições envolvidas no processo. Lembrando Foucault (1999a), poder-se-ia dizer que esse dispositivo, ou programa, tem como “função principal responder a uma urgência” (p. 244) e é representado pela necessidade de formação de trabalhadores que respondam às exigências de um sistema econômico, social, político e cultural voltados para maior disciplina e controle. Daí, a necessidade de produzir não apenas gestações cujo risco torna imperativo o cuidado hospitalar, mas gestações de risco que prescindam desse local de cuidado sem prescindir do cuidado de profissional habilitado ‘cientificamente’. Assim, criar e atender a diversidade passou a ser requisito desejável e imprescindível no discurso do qual faz parte a política de ‘humanização do parto’. Para isso, o conceito de diversidade passa a ser estratégico na política pública relacionada à humanização no trabalho mediante a implementação de “inovações ao processo de trabalho, pela qualificação técnica, pedagógica, gerencial, humanística, ética e política” (BRASIL, 2005b, p. 14), mas, também, pela implementação da humanização do cuidado à saúde de forma que as “histórias ou os estados de saúde-doença não sejam tomados como efeito de estados biológicos mas como processo de construção de vivências” (p. 14). Tudo isso para que o ensino possa ser reorientado “em todas as escolas de saúde pelo enfoque na integralidade e humanização em saúde, por meio de diretrizes adequadas à lógica e às necessidades do SUS” (p. 6). A Educação permanente em saúde, preconizada no programa, visa ao “desenvolvimento de perfis profissionais orientados pelas necessidades da população em cada realidade regional e social [de forma que esses necessitem] formação especializada e intensiva” (p. 6).

O Ministério da Saúde aponta, aí, a direção da gestão no âmbito “dos microprocessos de trabalho [que permeiam] as relações pessoais e profissionais dos trabalhadores de saúde com os usuários, [reconhecendo o] caráter estratégico e decisivo dos trabalhadores no desenvolvimento e consolidação do SUS” (p. 6). Mais: preconiza a valorização de “profissionais generalistas e das práticas interdisciplinares no trabalho em equipe, por meio de adicionais de desempenho e resultados alcançados na saúde da população” completando-se, então, de volta ao local de origem, a avaliação das modificações no processo. Entretanto, descreve os conselhos profissionais com suas normatizações, instituições que “muitas vezes extrapolam os próprios limites de atuação, disseminando conflitos que alimentam a competição entre corporações regulamentadas; ou entre estas e aquelas em via de regulamentação” (p. 12). Esses conflitos evidenciam a situação crítica de parte da legislação das profissões do setor saúde ao visibilizar a falta de dispositivos necessários à incorporação de mudanças e inovações, a precariedade dessas

leis e o estabelecimento de novos patamares regulatórios no “trabalho realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar” (BRASIL, 2005b, p.12) para que as entidades profissionais não ajam desconsiderando as “necessidades da população, do desenvolvimento do país, e as ações efetivas de governo” (p.12). Assim, o Ministério da Saúde criou, em 2004, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, considerada o *fórum* de “discussão permanente entre as categorias profissionais, o governo – representado pelos três entes federados – e a sociedade” (p. 13), a fim de articular-se com a sociedade civil e “estruturar o processo de fiscalização e controle do exercício profissional” (p. 12). Daí a educação ser descrita como componente estratégico e destacado da gestão do SUS para qualificar os serviços e ampliar a participação de profissionais e usuários no exercício do direito à saúde, ou seja, a estrela que norteia o sujeito, que o subjetiva para o cuidado de si pela ação do Estado. Nessa perspectiva, a política é aproximada das “estruturas de gestão e de controle social do SUS, das instituições formadoras e do movimento estudantil e social [e relaciona] o cotidiano como fonte de produção de conhecimentos e tecnologias para a prática, mantendo integrados os processos de formação e de produção. Desse modo, a política de ‘humanização do parto’ e de ‘humanização do trabalho’ fazem parte do mesmo discurso que produz os serviços de saúde como espaços pedagógicos¹¹⁷, atuando e redefinindo práticas construídas permanentemente, em conformidade com a ‘lei do SUS’. Nela, a determinação de “prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições” (BRASIL, 1990, art. 14), contempla a noção de organização da prática pedagógica ao unir trabalho e formação como centralidades nos processos educativos¹¹⁸. Nesse sentido, a política ressalta a ‘essencialidade’ do “caráter multiprofissional das vivências e estágios para que os estudantes percebam como as competências se integram, complementam e ativam processos inovadores do cuidado e da organização dos serviços de saúde” (BRASIL,

¹¹⁷ Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

¹¹⁸ No documento ressalta-se a importância de “entender que a política de educação e desenvolvimento em saúde para o SUS lançou mão do conceito de educação permanente em saúde, para substituir a noção de educação continuada”. O documento descreve a educação continuada como a soma constante da acumulação de conhecimentos. Já a educação permanente em saúde é relacionada “a ligação direta entre repensar o processo de formação e repensar o processo de trabalho [e] o conhecimento não se destina a acumular, mas a transformar o trabalho, os trabalhadores de saúde e a participação no setor” (p. 15).

2005b, p. 17). Por isso, o Ministério da Saúde recomenda investir “massivamente, na formação de facilitadores de educação permanente em saúde, descentralizando e disseminando a capacidade pedagógica a fim de fazer do SUS uma rede-escola” (p. 18). Para tanto, indica que cabe às “escolas de graduação contribuir com o SUS por meio da prestação de serviços de suporte tecnológico, assessoramento técnico-científico e documental e ações colaborativas” (p. 16). E mais: prescreve a necessidade de formulação de critérios nacionais para a abertura de cursos e de vagas nas escolas, a fim de evitar “a má distribuição da oferta de cursos de graduação em saúde [como política para] “redução das desigualdades sociais e regionais na expansão e redistribuição da oferta” (p. 16) desses cursos.

Ao propor a articulação dos profissionais e estudantes com os usuários em um “trabalho de educação recíproca para conhecer as necessidades sociais em saúde e para construir práticas profissionais com participação dos usuários” (p. 16), o Estado envolve, engloba, e educa toda a sociedade para determinada forma de ser e agir em relação ao parto. A formação profissional vem, então, ao encontro de uma racionalidade política que visa a gestão da conduta de uma população, um dispositivo básico de segurança social, que se vale de um certo tipo de racionalidade das probabilidades (EWALD, 1993) e procura responder aos riscos relacionados ao baixo acesso ao serviço pré-natal e aos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal que possam ocorrer aos indivíduos, que inclui, também, àqueles que, conhecendo os riscos e sabendo como evitá-los, “escapam do cotidiano, do comum, do normal, dos que fogem da acolhida institucional, dos que se atrevem a ser diferentes e a sobreviver na diferença” (FIGA, 1998, p. 90). Portanto, a formação profissional está ligada às relações do governo com a vida, à gestão dos riscos e ao disciplinamento que, em seu limite, marca a transição da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. Tal gestão desloca-se para a pessoa ou ‘ser humano’, e evidencia-se pela possibilidade que ‘é dada’ para que ela opte; pela liberdade que se diz que ela tem de escolher, por exemplo, entre o hospital ou qualquer outro lugar onde se sinta segura. As informações sobre gestação e formas de parir disponíveis pela gerência dos serviços de Educação e de Saúde são disponibilizadas para que as mulheres tenham a possibilidade de ‘escolher’ sobre seu parto.

O conhecimento sobre a gestão dos riscos possibilitou a produção de políticas e técnicas de governo que habilitaram instituições para a atenção a esse risco, pouco considerando a saúde da gestante ou a normalidade de sua gestação. E isso se tornou possível, por um lado, devido à instauração de tecnologias disciplinares e de controle para

a realização de um projeto de governamentalidade e de manutenção de uma ordem que não tem a pretensão de considerar diferenças. De outro lado, considera tais diferenças quando emergem projetos que consideram a ‘liberdade’ que ‘isenta’ a população de culpas, prevalecendo o enquadramento das necessidades individuais, ou seja, a emergência da sociedade de controle. Para Deleuze (2000), a crise do hospital como meio de confinamento, se expressa na setorização, na criação dos hospitais-dia e no atendimento a domicílio que marcam o início de novas liberdades e, ao mesmo tempo, integram “mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos” (p. 220), não cabendo nem o temor nem a espera, mas a busca de outras ferramentas para colocar em ação o pensamento aí produzido.

5.1 Da educação e do parto virtual

O ‘Programa de humanização do parto’ conta com instrumentos ‘virtuais’ de apoio ao processo de humanização dos quais destaco dois: “Uma Rede Nacional de Humanização, cujo portal na internet já se encontra em pleno funcionamento [e] proverá capacitação à distância, intercâmbio de idéias e difusão permanente de informações úteis à coletividade” (BRASIL, 2002b). Essa rede virtual tem como objetivo intensificar ao máximo o movimento de humanização e “fomentar uma rede que se estenda a todas as instituições de saúde no país, contaminando, questionando e motivando as relações humanas na área da saúde” (NOSSOS..., 2005) e divulgar iniciativas relacionadas a aspectos educacionais. Por exemplo, “proporcionar educação em saúde para puérperas e seus familiares / acompanhantes; orientar sobre procedimentos a serem adotados durante o trabalho de parto; aumentar a participação dos pais nos cuidados com o recém-nascido”. Entretanto, os aspectos educacionais abordados relacionam-se, também, à “equipe médica e de enfermagem no reconhecimento das fontes de estresse para o recém-nascido e sua família e em mudanças de hábito de equipe”.

O outro instrumento virtual de apoio ao processo de ‘humanização do parto’ que destaco, embora pouco conhecido, é o serviço denominado ‘teleparto’. O serviço é oferecido através do site <http://br.groups.yahoo.com/group/partonosso> e anuncia-se como um ‘ouvido’ à disposição das mulheres que recebem uma indicação de cesárea e querem ouvir uma segunda opinião. Os integrantes da lista colocam-se à disposição para contato

prévio através de “telefone, rádio-amador, sinal de fumaça ou em PVT¹¹⁹” para que, na hora do parto o ‘teleparto’ possa estar disponível “para opinar, sugerir posições que aliviem a dor, tirar dúvidas, ajudar o acompanhante a não entrar em pânico e não correr com a mulher pra maternidade na primeira contração”, o que, segundo o anúncio, já “foi a diferença entre uma cesárea quase certa e um parto normal”. A proposta do ‘teleparto’ é de que seja emitida uma segunda opinião, não necessariamente uma opinião médica, que apóie a grávida em sua vontade de parto vaginal, que a auxilie na orientação de procedimentos, que a ouça, acalme e ajude a ‘raciocinar’ a partir das situações emergidas a cada momento. A iniciativa do serviço de ‘teleparto’ é efeito da vivência de pessoas em situação de parto domiciliar, conectadas em rede virtual com necessidade de comunicarem-se durante as diversas fases do processo. Um exemplo interessante é a descrição de uma brasileira residente em Portugal sobre as práticas relacionadas ao seu parto e nascimento de seu filho. Dias antes do parto, ela faz uma longa descrição sobre os motivos que a convenceram ao parto domiciliar com parteira e doula: a maternidade que visitou por ocasião do pré-natal fez-lhe lembrar um circo de horrores ‘semelhante às maternidades brasileiras’ e a decisão do médico pela cesariana como resolução de sua primeira gestação. À medida que os dias foram passando, surgiram descrições sobre o tipo de parto planejado, os profissionais implicados nesse acontecimento, as técnicas aprendidas e os motivos pelos quais considerou a posição de cócoras inadequada para si.

Os relatos são ricos em detalhes e nos remetem a dispositivos utilizados tanto na sociedade disciplinar quanto na de controle. São externados julgamentos de opinião e visibilizadas as situações que incitaram a gestante a inventar alternativas que satisfizessem suas expectativas quanto ao modo pelo qual gostaria de viver seu parto e o nascimento de seu filho. Todos os nomes próprios apresentados a seguir foram trocados para manter o anonimato dos internautas envolvidos.

Semana passada eu conheci a doula. Ela esteve na minha casa quase uma tarde inteira e conversamos bastante. Acho que vai ser muito legal poder contar com a ajuda dela, porque pelo que entendi sua atenção fica toda voltada para mim, enquanto a atenção da parteira fica voltada para o bebê. Então, com essa dupla dinâmica, mais o marido dando apoio, vai correr tudo bem. Ela me ensinou a ficar de cócoras e eu tenho tentado usar essa posição toda vez que preciso me abaixar para alguma coisa. Acontece muitas vezes... Para amarrar os tênis do Carlos, pra vesti-lo, pra brincar com ele ou para conversar olhando nos seus olhinhos! Mas, já vi que não vai rolar... Cócoras não vai rolar. É muito incômodo!!! Eu tenho feito um baita sacrifício para ficar nessa posição. A

¹¹⁹ PVT: do inglês *private*, privado, particular. A mensagem em PVT é enviada, quando, nas listas de discussão, o texto destina-se a uma pessoa em particular e não a todo o grupo.

barriga incomoda, eu perco o equilíbrio toda hora... Olha! Nada a ver comigo, definitivamente. Imagine se eu vou fazer esse esforço de ficar nessa posição quando estiver sentindo dores?! Eu já li que essa posição é super favorável, que abre a bacia em cerca de 30% a mais e tal. Mas como eu acho que não vai mesmo rolar, gostaria de saber quais seriam outras "boas" posições pra eu tentar na hora "P" [parto]. Acho que a parteira e a doula devem sugerir alguma posição na hora, mas eu gostaria de testar a minha afinidade com as posições desde já (VANESSA).

Dias após, a gestante comparece à lista relatando algumas sensações com as quais não está familiarizada e não tem certeza a que atribuí-las. Entretanto, a partir de conhecimentos adquiridos na lista de discussão e leituras, supôs estar em trabalho de parto.

Eu nunca tive cólicas dolorosas durante meu período de menstruação. Também não senti absolutamente nada no parto do meu primeiro filho, porque fui direto pra cesárea, sem entrar em trabalho de parto. Portanto, eu fico 'de olho' em tudo que venho sentindo, pra saber se é alarme falso, pródomos, contrações ou sabe-se lá o que. [...] Nesse momento percebo uma colicazinha fininha, que não vai embora. Eu já senti essa dorzinha antes... quando ia ficar menstruada. Nada que eu já não tivesse sentido, porque não chega a ser uma doooooorrrr. É um incômodo. Deixa-me sem posição. Vem das costas... . Eu acho. Então, será que é por causa da tensão dos últimos dias, ou eu posso estar entrando em trabalho de parto? (VANESSA).

Diversas mensagens são enviadas em resposta às suas dúvidas. A 'lista' coloca-se em prontidão para escutar as dúvidas da gestante e incitá-la ao auto-exame. Diz uma internauta:

Só você poderá dizer se é trabalho de parto ou não. Continue atenta, fique de olho a todos os sinais. Confie em você e na sua intuição... Aliás, se teu filho Carlos não estivesse com virose, eu diria que a febre dele é intuitiva também... Beijos, boa sorte, e que Nossa Senhora do Bom Parto te proteja!!! (ANA).

Pode ser sim. De qualquer forma, como dizia minha avó já falta menos que antes. Aproveita para se despedir da barriga, arrumar o que falta, dar uma namorada básica, chamegar o Carlos... . Felicidades e aguardamos notícias. Beijos (MAÍRA).

IUPIIIIIIIIIIIIIIII !!! Acho que você está nos pródomos!!! Sabe como começou meu TP [trabalho de parto]? Eu comecei a me sentir incômoda. Não conseguia ficar sentada ou deitada, precisava ficar caminhando o tempo todo. FOI ASSIM QUE TUDO COMEÇOU.... Isso foi às 22 horas de segunda-feira. Aproximadamente às 5 horas da manhã, fui ao banheiro e vi ter perdido o tampão mucoso. Às 11 horas da manhã de terça-feira foi feito o primeiro exame de toque pela Zica e eu estava com dois centímetros de dilatação. Meu TP foi extremamente lento, então lá pelas 20 horas eu estava com cinco para seis centímetros, às 7 horas da manhã de quarta-feira eu estava com oito centímetros de dilatação. Meu filho nasceu às 16 horas e 25 minutos daquele mesmo dia [28/08/2002]. Lógico que nem todos os TP são longos e demorados como o meu, mas meu início foi exatamente assim: como um incômodo (SUZANA).

Poucas horas após, a gestante recorre à lista para contar que está em trabalho de parto.

Meu marido tá putto! São duas horas da manhã e a única coisa que eu quis fazer foi vir aqui pra relatar o que está acontecendo... . Pessoal, acho que estou em trabalho de parto!!! Tenho contrações desde à tarde e agora à noite apertaram. Estou tentando marcar o tempo. Estão espaçadas ainda. Não duram muito. Meu filho está chegando... Fecho os olhos e posso ver a Carmem aqui do meu lado cantando a música da "Ivete"... *e vai rolar a festa, vai rolar...* . Vejo o dr. Roger sentado na minha sala, lendo um livro qualquer; a Beatriz está aqui comigo também, me ajudando a digitar, porque meus dedos estão tremendo muito na hora das contrações; Carmem está enchendo a minha banheira; Suzana está sentada aqui no chão, contando uma história pro meu filho... (estranho isso, porque ele está dormindo, mas é assim que estou sentindo). Davi está falando com alguém lá na cozinha... falando, falando, falando... contando alguma coisa sobre os partos dela, ou sobre a Santa Casa. Minha casa está cheia de gente. Ai, que bom! Eu não queria estar sozinha nesse país e nem estou!!! Eu vejo todas as grávidas rindo pra mim... felizes. Tânia, acho que passei mesmo na sua frente! Em que fase será que estou pra estar com essas alucinações??? Sei lá... mas tô emocionada pra caramba! Dou notícia! Lá vem outra... vou contar o tempo (VANESSA).

Horas se passam até que a gestante volte a comunicar-se com o grupo para relatar seus 'auto-exames' e fazer outra 'consulta' ao grupo conectado na web, para certificar-se de que a conduta que está adotando é adequada.

Oi Pessoal! Ainda estou por aqui... . Tive contrações irregulares por toda a noite. Depois que falei com vocês, senti uma contração forte e vontade de fazer xixi. Fui ao banheiro e quando já estava vestida, senti uma "coisa" descendo. Aparei com o papel higiênico. Era um líquido meio rosado. Eu acho que era um pouco de líquido amniótico. Como saber? Bem, não escorreu perna abaixo. Só molhou um pouco o papel. Mas eu tive a sensação de que a pressão da cabeça do neném lá em baixo tinha a ver com a contração forte. Liguei para a parteira e para a doula. Acho que meu filho fez a rotação da cabeça e encaixou. Nisso deve ter havido uma pequena ruptura da bolsa. A pergunta é: se a bolsa não está totalmente rota, quanto tempo eu posso ficar assim????? Pelo-amor-de-Deus, alguém me socorre? Olha, eu lembro de alguma mensagem da Carmem dizendo que quando a bolsa tem uma ruptura alta, e fica saindo só uma aguinha, não tem problema, porque o líquido é repostado de quatro em quatro horas... . Tô bebendo litros de água. Alguém pode confirmar que está tudo certo pra mim? As contrações ainda não estão eficientes; elas vem devagar..., umas fortes, outras fracas. A parteira me mandou ficar de repouso, e no final da tarde vai me examinar. Vou ficar de olho pra ver se alguém me responde, ok? Obrigada à todas!!! Beijo (VANESSA).

Diversas internautas 'de plantão' intervêm:

Isso não seria o tampão?? Você já percebeu se ele foi eliminado? Mas para tirar a dúvida mesmo, liga para tua parteira. Beijos mil. Na torcida... (ANA)

Eu acho que você está entrando em TP, sim!! Olha o que eu achei no site <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?319> . "Na fase precoce do trabalho de parto a gestante pode sentir uma maior pressão sobre a bexiga, pode apresentar diarreia e dor severa nas costas. As contrações, embora ainda não dolorosas, se tornam mais frequentes. Nesse período o colo do útero amolece, iniciando o seu processo de apagamento e dilatação. Geralmente ocorre o que se chama de perda do tampão mucoso, com o aparecimento de um corrimento espesso e sanguinolento. Quando as contrações uterinas começam a ficar mais intensas e regulares, pode ou não ocorrer o rompimento da bolsa de líquido amniótico, que muitas vezes escorre pelas pernas, molhando as

roupas. Na maior parte dos casos essa é a hora de chegar ao hospital". Tomara que teu filho fique bom logo para não atrapalhar a chegada do irmão! (ESTELA)

Nas mensagens dessas mulheres, é evidente o desejo de exercer controle dos processos do parto para que este se torne uma experiência positiva. Os conhecimentos que elas têm e que buscam tanto em fontes médicas quanto de fontes leigas sobre os eventos relacionados a cada momento são maneiras possíveis de ter ajuda para conter e controlar o risco tanto quanto possível. Observam-se nas descrições, um modo de ser voltado para um parto onde elas se pretendem autônomas e independentes: questionam, buscam informação por iniciativa própria e tomam providências, voluntariamente. Tudo isso, como forma de otimizar sua experiência de parto e de mostrar que há outras formas de promover a sobrevivência e a boa saúde de seus bebês.

Quando a gestante consulta a parteira, confirma-se o rompimento das membranas ovulares sendo recomendado a ida ao hospital. O efeito de tal recomendação é a volta da gestante à lista, para nova consulta:

Lista: URGENTE! Precisamos de ajuda. Estamos com um problema: fomos à parteira e ela percebeu que houve ruptura na bolsa e está havendo pequena perda de líquido. Eu já havia percebido desde ontem às 3 horas da manhã, mas desde então saiu mais duas ou três vezes, muito pouco, cor de rosa. A parteira nos recomendou irmos para o hospital. Acho que ela desistiu de nós. Se formos para o hospital agora, vou sofrer outra cesárea, porque a parteira verificou que não tenho dilatação, apesar do colo estar mole (ela usou o termo "consistência de fígado"). Com bolsa rota e sem dilatação, eu vou pra casa. Ela ouviu o coração do bebê e disse que está tudo bem. A doula está vindo aqui pra casa e acha que devo ficar aqui. Não sabemos o que fazer, estamos preocupados e ansiosos. Tentamos falar com a Beatriz mas ela não atende ao celular. Queríamos alguma opinião do dr. Roger, do dr. João ou outro médico, sobre isso. Alguém pode fornecer um telefone de contato dos médicos da lista no Brasil? (VANESSA)

Em seguida, uma internauta recomenda-lhe 'vida normal', ou seja:

Supermercado, limpeza, fazer almoço, ver seu filme preferido, cinema se possível e principalmente dormir. Bolsa com ruptura alta pode durar diiiiias... . Contrações de pródromos podem durar diiiiias... . Esquece o assunto, você ainda não está em trabalho de parto e quanto mais expectativa tiver, mais vai parecer arrastado... . Acho que não é pra segunda feira, hein? (GEÓRGIA)

Os números dos telefones dos médicos solicitados pela gestante, além dos de duas doulas, uma no Brasil e outra em Portugal, são fornecidos via correio eletrônico. Há a recomendação de que é "melhor ficar em casa, tranquilinha, esperando o trabalho de parto e bebendo muito líquido" (ANA). Às três horas da manhã, a gestante relata contrações mais regulares, freqüentes e duradouras, estar "vazando uma aguinha rosa de vez em

quando, sem a parteira, mas com duas doulas portuguesas, um médico em Porto Alegre, duas doulas em São Paulo e mais um tanto de gente torcendo” (VANESSA). A constatação desses sinais é uma avaliação de suas condições. Poucas horas após, ela comunica:

Eu tenho contrações de cinco em cinco minutos, durando sempre mais que 50 segundos. Liguei pro dr. Roger que me deu mais instruções. Também liguei de novo para a parteira dando notícias sobre como eu estava e pedindo pra ela vir pelo menos me acompanhar e me dizer a hora de ir para o hospital. Ela topou. Assim que as doulas chegarem meu marido vai buscar a parteira. A dor é dureza... Mas eu tô feliz porque ela aproxima o Lourenzo de meu colo. Continuem rezando. Está funcionando! (VANESSA).

As orientações fornecidas têm a função de oferecer maior segurança, entretanto incitam ansiedade em relação ao que está ocorrendo também fundamentada em sua experiência individual sobre o parto.

Enquanto o trabalho de parto se desenrola, duas internautas da lista se pronunciaram:

Estou torcendo por vocês! Enviando pensamentos positivos e rezando muito! Peça a alguém daí para dar notícias à lista ... se puder!... (GEÓRGIA).
Vai dormir Irmã, guenta firme!!! Pára de pensar que está em trabalho de parto. Você vai precisar de muuuita energia e precisa dormir enquanto consegue. Beijos (MAÍRA).

Não há relatos sobre se tais prescrições são seguidas, porém as internautas queixam-se da falta de informações sobre os efeitos de suas recomendações:

Você taí e não tá dando notícias??? Eu conectei às 4 horas e 45 minutos da matina pra saber de você... Você tá pensando como eu: a dor é boa porque traz o bebê! Eu ficava feliz a cada vez que doía, por isso... A Beatriz, no dia do meu trabalho de parto me falou pra lembrar que quando eu pensasse que não iria agüentar é porque tava no fim! Respira fundo e agüenta firme que daqui a pouco chega o expulsivo e vira festa. A dor é você e teu filho trabalhando para parir e nascer. Concentre-se nela. Permaneça aliada a ela com seu corpo e pensamentos aliados e alinhados. É um trabalho conjunto: a dor é o indicativo e guia desse trabalho. A gente aqui vai parindo com você numa ocitonação transatlântica! Ultramarina! Brasil e Portugal.

Até que, muitas horas de acompanhamento após, vem a notícia:

Nasceu o Lourenzo !!!Queridos amores! Diretamente de Sampa e do micro da minha idolatrada irmã de coração Beatriz, tenho o enorme prazer de anunciar que nasceu o filho da Vanessa às 22 horas e 50 minutos do horário de Portugal e 18 horas e 50 minutos do horário de Brasília. O parto foi natural e domiciliar. Acabei de saber pelo marido dela, que me contou em primeira mão pelo MSN - messenger. Eu e a Beatriz ficamos super emocionadas!!!! A Suzana ligou pra cá e também avisamos a Paula e o dr. Roger! Todos estão vibrando muito!!! Aliás, o Roger está no momento no parto da Francisca, cujo bebê já está coroando. O marido da Vanessa dará mais notícias em breve! Ele estava muito feliz e só dizia: "A VANESSA CONSEGUIU!!! Estou tremendo até agora!! Estou MUITO FELIZ!!! O bebê é lindo, branquinho, cabeludo e com um nariz arrebitado lindo que nem o meu (ahahhahahahaha!). Após uma cesárea prévia, a *Lica* (apelido

de Vanessa) acaba de realizar um parto domiciliar. A parteira chegou lá quando ela estava com oito centímetros de dilatação. FOI LINDO! FOI LINDO!!!!!!”

A internauta se despede do período de acompanhamento do parto com “um beijo meus amores, eu amo vocês, eu amo essa lista, eu amo a vida, eu amo a *night* de São Paulo, eu amo *catchup* na pizza!! E estou ocitocinada demais hoje!”. Outras internautas comemoram: “PARABÉNS!!! PARABÉNS!!! Seja bem-vindo Lourenzo! Vanessa você é uma inspiração para todas nós! Sobretudo para as que pretendem um parto após cesariana”. O conhecimento de que Vanessa se apoderou e também produziu ao disciplinar-se para o parto pretendido, é descrito da seguinte forma pela internauta: “Você é a prova de que É POSSÍVEL o parto humanizado, mesmo em Portugal onde um parto domiciliar parece uma miragem. Parabéns pela determinação, pela força e pela coragem! Um grande abraço”. Há outros pronunciamentos nesse sentido:

Aproveitando que a moderadoula¹²⁰ da lista está em São Paulo se entupindo de pizza com *catchup*, rompo com o combinado na lista sobre enviar congratulações de nascimentos em PVT. Deixo expressos aqui meus adrenalínicos e emocionados abraços virtuais à Vanessa, ao Davi, ao Lourenzo, ao Carlos e equipe. A Vanessa construiu conhecimento e conceitos de parto de uma maneira concreta. Lembro quando ela chegou aqui [na lista] achando que a defesa do parto natural era quase um movimento místico, do qual ela se sentia à parte pela racionalidade, lógica e ceticismo de suas posturas. Não podia ter chegado a outro resultado que não o parto natural. Movida pela racionalidade, lógica e ceticismo vislumbrou evidências científicas de tudo que permeia as questões de parto e nascimento. Foi surpreendente para mim que este parto culminasse tão estupendo e, o mais importante, de forma que a fizesse feliz (ROSA).

Eu também fiquei muito feliz, por ela, por mim, por todos nós que estamos envolvidos no incentivo ao parto natural. Faço minhas também as palavras da Rosa (até porque estou tão emocionada que nem tenho palavras)! Vanessa, parabéns por ter sido tão capaz. Mais do que capaz de parir, foi capaz de vencer seus medos e seus monstros, foi capaz de se superar e agora está com o Lourenzo nos braços, no seu lar. VOCÊ PARIU E eu te desejo toda felicidade do mundo (ISABEL).

O relato do parto concluiu-se no dia seguinte com o depoimento:

Ontem foi um dia muito emocionante... As ligações telefônicas cruzaram o Brasil e o oceano Atlântico. Muitos momentos foram incríveis: O marido da Vanessa ligando ansioso; a Vanessa nervosa, mas confiante e determinada... As dicas de chá de canela, gengibre, hot sex, pimenta e coentro; minhas tentativas de ensinar pontos de Do-In pelo telefone que bem caberiam num programa dos Trapalhães; a tensão provocada pelo aviso de que a parteira não viria; a espera pela contração mais forte e pela pressão no períneo; o anúncio de que a parteira lisboeta resolveu voltar, e o alívio provocado por essa notícia; a espera, a força e a grandeza dos partos maravilhosos, daqui e de acolá. Estão todas de parabéns... (ROSA).

¹²⁰ Moderadoula: neologismo da internauta que aglutinou as palavras moderadora com doula.

Sobre o local do parto de que uma parceira de lista comenta, lembro Deleuze (2000) quando diz “que acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos desapossaram dele” (p. 218). O significado dessa posse do mundo é, para o autor, “suscitar acontecimentos, mesmo pequenos [que engendrem] novos espaços-tempos [pois] é ao nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle” (p. 218).

Aqui, numa cidade vizinha de Porto Alegre ocorreu outro parto domiciliar. Tenho certeza de que a força final necessária para o nascimento do filho dessa gestante ocorreu depois de escutar a notícia de que a sua "parceira de lista" havia conseguido parir em Lisboa. Foi um grande aprendizado para todos, e mesmo para mim, que aprendi um pouco mais do espírito humano e da importância de manter o local do parto como um espaço absolutamente inviolável (ZEZÉ).

No dia seguinte, a participação do médico que ‘acompanhou’ o parto de Vanessa a partir da residência da Celina, gestante a que Zezé se referiu anteriormente.

Para a Celina, minha admiração, pela COR-AGEM (ação do coração), pela força, pela determinação, pela postura, pela atitude centrada e confiante e pelo amor incondicional ao seu filho e ao seu marido. O parto foi de mais ou menos 10 horas, onde ela sempre se manteve tranqüila e confiante. O Giovanni nasceu rosado e chorando.[...] Quando saímos da casa deles, às 2 horas e 30 minutos da manhã, o bebê estava tranqüilo e sereno, grudado no peito da mamãe. O perineo de Celina levou apenas dois pontos externos. Um parto, como o seu e o da Celina, é como uma onda de amor e ocitocina a inundar todos os nossos corações, num gigantesco Tsunami de afeto e carinho (ROGER).

O marido de Vanessa comparece, novamente á lista de discussão:

Parabéns mulheres! O que seria de nós homens, sem a demonstração de coragem e força que vocês nos oferecem em nosso nascimento? Como construir nossa masculinidade sem esse exemplo, no exato dia em que chegamos a este mundo? Obrigado... (DAVI).

Vanessa, dias após, relata ainda estar elaborando sua história,

esperando a emoção deixar meus dedos digitarem de forma menos tremida, para então contar o quão importante foi cada telefonema dado.... Roger! Você foi o médico que eu não abri mão de ter em meu parto. Incrível isso, não é? Eu dizia o tempo todo que precisava de hospital e de médico, e pra me livrar do primeiro, estabeleci um vínculo com você... médico... porém tão humano que me ajudou imensamente a ficar em casa e realizar essa grande obra! Sua voz calma foi um bálsamo no turbilhão que se formava na minha casa... E em cada caneca de chá de canela que eu bebia, eu absorvia um pouco da tranqüilidade que você me passou. Eu não tenho dúvidas que quando pensei que a parteira não viria e eu estaria só, foi a sua presença na minha sala (acredite quem quiser, mas você ESTAVA LÁ!) que me deu segurança pra respirar fundo a cada contração e deixar meu bebê vir... . Obrigada por ter vindo! Prometo mandar uma seqüência de fotos para vocês verem esta analista-de-sistemas-matemática-racional no seu momento mais feminino-e-feliz!!! (VANESSA).

Em dado momento de seu relato, Vanessa expõe a estratégia que utilizou para não ser influenciada por outro pensamento que não o da lista de discussão sobre parto a que pertencia.

Ninguém, absolutamente ninguém, da minha família sabia sobre os meus planos de ter um parto domiciliar. Pra todo mundo eu sempre disse que ia ser no hospital, com o médico que estava me acompanhando e pronto. No máximo eu falei que tinha contratado uma parteira e uma doula para ficarem comigo em casa, durante o início do meu trabalho de parto. Mas imagine se eu podia dizer que estava pensando numa loucura dessas de parir em casa! Ia deixar todo mundo lá no Brasil de cabelo em pé! Agora que já aconteceu, que correu tudo bem, estão lá todos orgulhosos de mim. A minha mãe então, não se cabe... . Conta pra todo mundo a filha corajosa e forte que tem!!! Mas se eu tivesse falado antes... Ah, se eu tivesse contado... . Ela ia ficar ligando de cinco em cinco minutos, fazendo mil e uma chantagens, mil e um terrorismos... . Seria um desastre!!! A melhor coisa de estar longe nesse momento foi justamente manter a nossa privacidade quanto ao assunto que somente à nós dizia respeito (VANESSA).

A maneira como Vanessa conduziu seu parto pode, por um lado, ser vista como a da mulher que negligencia os preceitos normalizados de acompanhamento ao parto e, por isso impõe riscos a si e ao seu bebê. Assim colocado, tal pensamento coloca o feto/bebê na situação de quem necessita da proteção das mães e o organismo da mulher como fonte principal de perigo para os filhos. No Brasil, mulheres que dão à luz em lugar e modo diferentes do que o hospitalar, são rotuladas como ‘pobres, índias, naturebas’, sem que sejam consideradas as razões que as levam a agir dessa forma. Mais, é colocado em dúvida o grau de comprometimento dessas mulheres com o bem estar de seus filhos. De outro lado, as possibilidades de maior oportunidade de escolha quanto ao tipo de parto coloca a vida numa perspectiva mais “aberta e maleável [...] mas com novas demandas, controles e obrigações sobre o indivíduo. [...] As pessoas passam a ser vistas como mais responsáveis pelos resultados de suas vidas, e por essa razão os acontecimentos negativos são vistos como ‘faltas’ delas próprias” (LUPTON, 1999).

A política de ‘humanização do parto’ justifica-se pela capacidade de ordenamento da vida, coordenação e sentido às forças envolvidas a cada momento em que outras forças surgem no cenário; um de seus objetivos é coordenar as relações de poder por ela engendradas para que seja produzida mais força; tal política surge, então, de outra coisa que não o próprio parto e tem como objetivo principal a população.

As relações de poder envolvidas na ‘humanização do parto’ vão se reger pela resistência a determinados poderes. Uma resistência que obriga mudanças nas relações de poder e que coloca no parto domiciliar, atendido por parteiras e doulas, e acompanhado por pessoas ‘experientes’ via internet, uma possibilidade não só de resistência ao confinamento

produzido pela sociedade disciplinar como uma maneira de contemplar a falta de opções que satisfaça as expectativas da gestante e sua família. É, também, uma das possíveis soluções para a diminuição dos custos do Estado quanto ao atendimento à saúde e para o problema da superlotação dos hospitais. E, principalmente, uma necessidade de educação da população para que o efeito seja seu maior controle.

Daí que as formas de parto, aparentemente, nada têm de novas. No entanto, a novidade é essa: a possibilidade de escolhas quanto à forma, lugar e profissional possíveis para o atendimento ao parto; a adoção de posições diferentes, lugares não-confinados e do respeito ao tempo de cada um. Assim, podem ser utilizadas as posições denominadas de vertical, lateralizada e horizontal; os lugares para o parto poderão ser: o domicílio, o hospital, outras instituições de saúde, por exemplo, as casas de parto ou os Centros de Parto Normal, o leito, a banheira com água; o acompanhamento pode ser realizado pela Doula, parteira, médico e enfermeira. De forma presencial ou virtual. A resistência assim produzida se dá em relação às diferentes formas de confinamento e a dispendiosa hegemonia educacional médica. A luta aí travada se alimenta do aumento populacional e da produção e disseminação constantes do conhecimento. Nesse fio de tensões irregular encontra-se, como afirma Peter Pal Pelbart (2002) a lerdeza da massa supranumerária diante da agilidade das elites, distinguidos não tanto entre os que possuem ou não possuem bens, mas entre os que podem ou não acessar serviços; “os que estão conectados e os desconectados; os que fazem parte da rede e os que estão fora” (p. 253) referindo-se não somente a rede informática, mas às “redes de vida” (p. 253) em geral. Nestas redes de vida, promovidas, também pelo aumento numérico da população, inventam-se novas práticas num lugar sem lugar, como num barco flutuante, que vive por si mesmo, fechado em si e, ao mesmo tempo, lançado ao infinito do mar. Barco sem o qual as civilizações esgotam seus sonhos, a aventura é substituída pela espionagem e os corsários, pela polícia (FOUCAULT, 2001). Ao mesmo tempo em que a sociedade continua crescendo numericamente, inventam-se locais de produção do parto e de nascimento que funcionam como dispositivos pedagógicos¹²¹ que disciplinam instituições governamentais, hospitalares, educacionais e a sociedade, produzindo ‘verdades científicas’ que fazem viver e evitam o morrer, com menos custos, maior contingente profissional e maior controle.

¹²¹ Entendidos por Larrosa (1994) como “qualquer lugar no qual se constitui ou se transforma a experiência de si” (p. 57).

DAS (IN)CONCLUSÕES

Mudanças de cenário, de personagens e de práticas sobre parto e nascimento, vigentes nos últimos cinquenta anos, direcionaram a ‘ciência do parto’ e seus interesses à produção de uma forma homogênea de atenção: a do confinamento hospitalar, da qual o ‘programa de humanização do parto’ é o marco depositário e, ao mesmo tempo, o anúncio de outra forma de sociedade.

O conhecimento sobre o parto, produzido nesse período, possibilitou a criação das normas e mecanismos que os instituíram, de maneira que não houvesse desvios aos argumentos ‘científicos’ que os sustentam. A promessa de vida prescrita por esse modo de parir produziu corpos úteis às práticas vigentes, disciplinando a população. Seguir as normas estabelecidas para as práticas de parto foi condição necessária ao projeto político proposto, fazendo com que milhares de mulheres tivessem seus corpos colocados permanentemente à disposição da ciência, e que os profissionais fossem treinados permanentemente nas práticas que mantêm tal projeto, evidenciando-se, nas práticas relacionadas aos modos de parir, a subjetivação predominante hoje.

A cesariana, produzida como ‘parto abdominal’, deixou de ser descrito como o ‘procedimento salvador da vida’ e, sim, como um modo de parir alinhado ao pensamento da sociedade disciplinar que confina a todos: profissionais, gestantes e recém-nascidos na instituição hospitalar. Pouco a pouco, a sociedade de controle avança entre e sobre a sociedade disciplinar deslocando corpos - de profissionais, de gestantes, de populações – e lugares de dentro das instituições que seqüestram, para toda a sociedade. Daí a necessidade do ‘parto abdominal’ ser produzido como vilão que amplia gastos e cria iatrogênias¹²² quando utilizado além dos critérios estabelecidos no ‘programa de humanização do parto’. Também denominado de cesariana, o parto abdominal é procedimento impensável fora das instituições de confinamento, na atualidade: uma produção de conhecimentos que possibilita a diminuição do tempo e da proximidade entre profissionais e grávidas por ocasião das práticas de parto e nascimento; que pretendem não tocar o corpo ou tocá-lo o mínimo possível para atingir, nele, algo que não é o corpo propriamente dito (FOUCAULT, 1999c).

O castigo divino do sofrimento físico ‘pelas dores do parto’ não é mais necessário. Uma redistribuição das penas se faz no plano humano sob maior número de normas que

¹²² Alteração patológica provocada no paciente por tratamento de qualquer tipo (AURÉLIO, séc. XXI).

objetivam a saúde da população. O efeito da economia da dor, do tempo e do contato coloca, então, um ‘exército da salvação’ composto de técnicos a substituir Deus. Entre tais técnicos, estão os profissionais da educação e da saúde que fazem, mediante outro conjunto de regras, com que a dor do parto seja retirada e que as marcas sobre tal corpo sejam visíveis pelas incisões nele realizadas e não por mutilações e mortes. Para isso, as reconfigurações nas práticas de parto e nascimento tornam-no prática que suprime o espetáculo doloroso e o produz indolor e ‘quase’ incorpóreo¹²³. Daí produzirem-se descrições que qualificam o parto como forma de subjetivação que reforça tal ‘incorporeidade’ humana:

Parto normal é coisa de jegue minha filha! Hoje em dia mulher nenhuma precisa passar por essa monstruosidade! Imagina se você, tão pequenina, tão frágil, vai conseguir fazer isso... E olhaaaaa!... . Muitos bebês que nascem de parto normal tem problemas cerebrais graves, porque é comum entrar em sofrimento fetal, ou você pode não conseguir fazer força suficiente e ter que usar o fórceps, aí já viu, né? É bastante perigoso!!! (<http://br.groups.yahoo.com/group/partonosso/>).

Práticas de parto e nascimento que ‘economizam’ procedimentos, tempo, sensações. Economia de custos financeiros? Não somente. Uma redistribuição de formas de parir, a partir de diferenças corporais e de uma incorporeidade política, acentuada nos manuais por seu caráter cultural, regional, provisório e articulado às relações de poder; um instrumento de garantia da vida em suas diversas formas. O aspecto cultural, visibilizado nos modos de parir e nascer, se relaciona às práticas que elevam e diminuem os índices de realização do ‘parto abdominal’, na possibilidade de escolha do parto domiciliar e sua relação proporcional “ao nível de renda da mulher” (BRASIL, 2001b, p. 35). A dificuldade ou impossibilidade de pagar pelas práticas de parto disponíveis, relaciona o baixo nível de renda da mulher à sua (im)possibilidade de escolha e desloca tal direito aos profissionais que atendem esse parto. Produzem-se, então, fontes de saber a partir da população e que, ao mesmo tempo, justificam sua existência; cria-se a necessidade de ocupar as consultas de pré-natal por todas as gestantes, de maneira que a gestação seja controlada do início ao seu final; cria-se, concomitantemente, a ‘obrigatoriedade’ das mulheres ao comparecimento a tais consultas, sob pena de que a internação hospitalar para ‘o parto humanizado’ não seja

¹²³ A tendência produzida de tirar a gestação do corpo, tornando-a ‘incorpórea’, é visível nas práticas reprodutivas ‘de laboratório’, que têm produzido conhecimentos que retiram do corpo humano partes do processo de reprodução, quer seja através de técnicas de fertilização ou de tecnologias que viabilizam aos fetos muito imaturos a possibilidade de sobreviver fora do ventre materno. Entretanto, apesar dessa separação discursiva entre feto e grávida, a mulher permanece na posição de responsável pelo bem estar do feto enquanto dentro de si e, com isso, atribui-se à sua condição de grávida uma situação de risco duplo, e ela, duplamente responsável por dois corpos (LUPTON, 1999).

garantida, assim como não poderá ser garantido o acompanhamento e controle da mulher e seu filho após o nascimento; expõe a organização da área da saúde sexual e reprodutiva da mulher como a mais bem organizada e, por isso, passível de dar início ao ‘processo de humanização da saúde’ preconizado para o SUS pelo governo; supõe vigilâncias que se assemelham ao sistema operado no panóptico de Bentham¹²⁴, cuja aplicação só é possível a partir de sociedades acostumadas a obedecer. A disponibilidade de ‘escolhas’ para o parto passa à verdade instituída, útil e institui mudança de cenários. A verdade é, então, a história daquilo que os homens chamam de verdades e suas lutas em torno dessas verdades (VEYNE, 1998). Daí a necessidade de manter práticas tais quais a episiotomia e a cesariana, a tricotomia e o enema, entre outras; elas mantêm a verdade do parto e nascimento em torno da homogeneidade do pensamento, que não pode ser explicado pelo ‘progresso’ da medicina ou da ciência, mas se deve, em parte, pelas transformações do modo como a saúde é pensada no Brasil e em parte pelas transformações do resto do mundo e, por isso, nem completamente original nem completamente estranhas à sociedade. Tais práticas mantêm o discurso no plano dos sujeitos que necessitam de cuidados, e de sujeitos que têm um poder por si só constituído, sem que em tais relações enxergue-se a presença do Estado. Alguns ditos como 'gosto de fazer nascer' e da sensação 'agradável de ter o parto na mão' expõem um tipo de disciplinamento do profissional ao parto, sem que seja evidenciado, nesse discurso, o caráter biológico das intervenções. Todavia, o ‘gosto de ter um parto na mão’ produz-se como compensação por não ser possível prevenir todas as doenças, e não se conseguir vencer a morte e a dor: justificativas que dão “sentido a toda bugiganga cirúrgica de um simples parto [...] não para torná-lo asséptico ou conferir-lhe segurança” (JONES, 2004), mas para que se tenha controle da população pelo e desde o nascer. Travestido de segurança e de alívio da dor, esse controle produz uma gestante que necessita intervenções, profissionais que produzem normas imersas na ciência e nos equipamentos.

Nessas contingências, o atendimento domiciliar do parto e nascimento volta a ser discutido ao final do século XX, enquanto prática de resultados satisfatórios – e científicos - por governos de diversas nações, entre as quais, o Canadá (NEWCOMER, 2000; HAWKINS; KNOX, 2003) e o Brasil, através da implantação das casas de parto e da criação de cursos de enfermagem obstétrica, entre outros procedimentos.

¹²⁴ O Panóptico de Bentham é a figura arquitetônica utilizada para explicar o funcionamento do poder na sociedade de seqüestro, onde quanto maior o número de observadores, maior o risco de ser-se surpreendido e a maior a inquietude de ser observado. “O Panóptico é uma máquina maravilhosa [de] efeitos homogêneos de poder” (FOUCAULT, 1999c, p. 167).

O confinamento do parto e a normatização dos índices do ‘parto abdominal’ desencadeou a disputa pelo parto vaginal, seja ele domiciliar ou em instituição de saúde, entre a diversidade de profissionais da área. Na arena da ‘humanização do parto’, no Brasil, organizações não-governamentais aliam-se ao Estado na luta por uma vida mais “humana, digna e saudável” (REHUNA, 1993). Já as corporações médicas – sindicato, associação e conselhos de medicina - consideram que uma vida mais “humana, digna e saudável” só é possível se de responsabilidade exclusiva do médico.

Na Carta de Campinas (REHUNA, 1993), a ReHuNA e as entidades por ela representadas descrevem estratégias e instrumentos a serem utilizados para a ‘humanização do parto’, quais sejam:

implementação das ações do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados a qualidade e humanização da assistência a gestação, parto e puerpério; divulgação e adesão às recomendações da OMS na Conferência Internacional sobre Tecnologias Apropriadas ao Nascimento¹²⁵; trabalho educativo sobre direitos reprodutivos, sexualidade e nascimento voltado a adolescentes, mulheres e homens, com ênfase na divulgação do saber científico relativo ao período gravídico-puerperal; apoio à iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupos e parteiras tradicionais, doulas e ONGs.

Tal pensamento corrobora o pensamento do Estado, evidenciado pelo apoio ao PAISM e às normas internacionais para a humanização da assistência à saúde reprodutiva. Procura aprofundar aspectos relacionados ao controle da gestação, do parto e do nascimento, contabilizar e ordenar tais processos através da gramática da ‘humanização do parto’, produzir verdades sobre a possibilidade da mulher de tomar decisões relativas à reprodução e à sexualidade. A atenção e o investimento por parte do movimento feminista, a partir de meados dos anos 1980, em decorrência da política de democratização que começou a ser instituída, colocou em evidência o campo da saúde reprodutiva das mulheres. A criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, da Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana do Ministério da Saúde e, mais especialmente, a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher expressaram a institucionalização da mulher no Estado. Esses pensamentos desdobraram-se de e em marcos legais e saberes sobre o corpo, a partir de múltiplos lugares, entre os quais os esforços teóricos e as práticas incitadas pelas feministas quanto ao livre exercício da sexualidade, à legalização do aborto e o acesso à contracepção não-coercitiva, assumindo

¹²⁵ Da qual foi editada a Carta de Fortaleza (REHUNA, 2005).

um perfil público e funcionaram como alavancas para pressionar por mudanças legislativas e políticas públicas. [...] Neles esteve presente o interesse e o questionamento acerca do saber e do poder médico [...] ancorado num conceito de natureza feminina, entendida como frágil e descontrolada devendo ser dirigida exclusivamente à reprodução social como lugar inferior e herdeiro da condição biológica. O saber médico era tanto um saber disciplinador como também um saber que justificava a hierarquia entre os sexos (ÁVILA; CORREA, 1999).

Assim, o tema da saúde da mulher emerge na retórica feminista como um lugar que possibilitaria às mulheres visualizar e desvencilhar-se de cadeias que as aprisionam à procriação e, por isso, diminuem sua dimensão humana, deixando-as na condição de reprodutoras. Badinter (1991), ao afirmar que a igualdade propagada pela revolução francesa teve uma luta particular, que nos últimos dois séculos reivindicou para as mulheres o direito ao trabalho, à instrução, ao divórcio, ao exercício de seus direitos como cidadãs sem, porém, recolocar as questões sexuais e reprodutivas com os homens e, com isso, dificultou sua participação no governo de Estado.

Revigorar o cuidado ao parto e, a partir desse, o cuidado e o controle às mulheres e aos recém-nascidos, são mudanças na instituição do Estado, que ocorrem em função das alterações nas práticas de governo. Quando um programa, como o ‘programa de humanização do parto’, tecnologia política que não pode ser identificada com instituições particulares, investe e encontra localização em instituições específicas como escolas e hospitais, coloca em movimento o poder do Estado sobre a vida (DREYFUS; RABINOW, 1995). Assim constituído, volta-se mais para as instituições e menos para as práticas, deslocando, aí, seu foco de atenção para um local vazio, o Estado, em verdade seu foco principal.

A normatização minuciosa dos procedimentos relacionados ao parto e nascimento implicam o esquadramento da população e de seus eventos e dividem ainda mais o período gestacional e os acontecimentos a ele relacionados, para melhor observá-lo, estudá-lo, classificá-lo e geri-lo. Ao normatizar as práticas, nominando-as de ‘humanizadoras’, o governo utiliza-se de ‘evidências científicas’, estabelece a ‘verdade’ da humanização, localiza e indica inércias, pontos fracos, cisuras e linhas de força que se deslocam e permitem que tais evidências possam ser substituídas, modificadas, dissolvidas, negadas, afirmadas ou mesmo destruídas.

A saída das instituições que seqüestram¹²⁶, no caso do parto e nascimento, tem como uma de suas funções, a maximização da vida dos indivíduos pela maximização do tempo utilizado para a distribuição do número de seus atendimentos. Uma segunda função é a de transformar o corpo humano em força de trabalho, ao transformar o tempo em tempo de trabalho. Um exemplo dessa função é a utilização do período de permanência da mulher na instituição de ‘humanização do parto’ em palestras e grupos de orientação para a amamentação do recém-nascido enquanto aguarda sua vez na consulta. Enquanto isso, o(a) profissional deverá estar em atividades como a consulta, a palestra às gestantes ou puérperas, assistindo a um parto ou orientando práticas para o aleitamento materno. As atividades realizadas durante esse tempo de trabalho devem estar relacionadas à sua competência; àquelas para as quais seu corpo foi treinado. A terceira função das instituições de seqüestro é o exercício de um “poder polimorfo e polivalente” (p. 120), composto de aspectos econômicos, políticos e judiciários. Dentro dos aspectos econômicos, o poder confere salários aos profissionais, ‘bolsas’ e oportunidade de ensino aos estudantes e possibilidade de atendimento especializado às mulheres e suas famílias. Atendendo aos aspectos políticos, “as pessoas que dirigem essas instituições se delegam o direito de dar ordens, de estabelecer regulamentos, de tomar medidas, de expulsar indivíduos, aceitar outros” (p. 120). Associado ao poder econômico e político está um poder judiciário que pune, recompensa e julga. Daí instalarem-se os sistemas de ‘acolhimento’ à gestante e sua família, encaminharem-se gestantes e recém-nascidos para instituições de maior complexidade ou ‘obrigar’ gestante e familiares à assinatura dos termos de responsabilidade que autorizam a instituição aos tratamentos; é, também sob o aspecto polimorfo e polivalente desse poder judiciário, que se criam comitês de ética e serviços de ouvidoria. Por último, atravessando o poder econômico, político e judiciário, está a função que “extraí dos indivíduos um saber e extraí um saber sobre estes indivíduos submetidos ao olhar e já controlados por estes diferentes poderes” (p. 121): um poder epistemológico. É no atravessamento desses poderes que se institui a força que produz gestantes, mães e famílias saudáveis a um baixo custo; profissionais competentes, amáveis, empáticos, ‘humanos’ e disciplinados em relação à utilização do seu tempo no trabalho.

¹²⁶ Para Foucault (1999e) a finalidade das ‘instituições de seqüestro’ foi “a inclusão e a normalização [do indivíduo a um processo de] produção, de formação e de correção dos produtores” (p.114). Em função das normas instituídas, sobreviveu para se encarregar “da dimensão temporal da vida dos indivíduos” (p. 116) relacionada, aqui, pelo que representa a perda ou dano na vida da mãe e do feto à ‘produção e aproveitamento do tempo’ da mulher, do casal, da família na sociedade.

Os escritos descrevem uma coexistência pacífica entre as diversas práticas existentes e que podem ser utilizadas por ocasião do parto e nascimento. Descrevem, também, a discussão sobre práticas de cientificidade duvidosa ou mesmo não-científica (outrora chamadas de práticas charlatãs), utilizadas pelos diversos profissionais da área da saúde, por serem consagradas pelo uso rotineiro para o parto e, portanto, adequadas ao regime de verdade instituído pelo saber científico e poder político. Conclamam-se aos gestores à dignidade do atendimento humanizado e legal, dentro do qual há a possibilidade do respeito e da cidadania, conquistada através da transformação dos profissionais, gestores e usuários do atendimento ao parto e nascimento. Tanto os termos ‘respeito’ quanto ‘cidadania’ são atributos não-definidos, embora colocados como objetivos ou vantagens a serem alcançados nos documentos estudados.

A categorização do material empírico consultado não pretendeu evidenciar um ou outro lado, os extremos ou meios das práticas utilizadas para o parto e nascimento ‘humanizados’. Não pretendeu, também, denunciar ou enaltecer práticas, avaliar os textos produzidos nos manuais ou em qualquer outro documento utilizado. Visou, apenas, a tentativa de descrever alguns mecanismos, estratégias e tecnologias que atuam subjetivando mulheres e profissionais numa determinada racionalidade de governo, ordenando a vida.

Se, ao começar esse trabalho pudesse sequer imaginar o que iria ser dito - e pensado – até o seu término, provavelmente não me reconheceria nas transformações permitidas no pensamento que se desdobrou na escrita e nas suas relações; que desdobrou práticas de parto e de vida; que tramou a sociedade, a política, a economia, a história e instituições em caminhos que procuraram formas de serem ditos e que mostram dificuldades enfrentadas para expressar seus pensares sobre o parto e o nascimento. As pistas para descrever tais pensamentos foram encontradas em caminhos desconhecidos; organizaram-se neles e fizeram-se à medida de sua construção.

Tentei, durante a elaboração dessa tese, buscar situações relacionadas ao parto e ao nascimento em momentos históricos diversos que dessem suporte a uma história de como se constituem as políticas públicas relacionadas ao parto nos dias atuais. Meu objetivo foi o de realizar um estudo que retirasse o sujeito “mulher”, ou o sujeito “parto” e colocasse em evidência um sujeito “história” e, de alguma forma, desse conta da constituição dos saberes, sem que a justificativa (ou racionalidade) fosse a mulher ou o parto. Assim pensando, pretendi um estudo genealógico que não se referisse a mulher ou ao parto para mostrar como esses constituíram a história ou suas histórias, mas para tentar mostrar como

as práticas históricas os constituíram. Minha pretensão levou em consideração o momento de transformação, expresso nos programas do Ministério da Saúde brasileiro que prescrevem a ‘humanização’ de práticas relacionadas ao parto sem me demorar demasiadamente nos acontecimentos que produziram tais práticas. Contudo, procurei marcar a singularidade de acontecimentos que, à primeira vista, pareceram-me desprovidos de uma história. Em tal busca procurei definir pontos que coloriram, demarcaram vazios ou que teceram significados distintos para situações semelhantes no cuidado ao parto. Pretendi mostrar como o parto, juntamente com os fluidos, o sangue, as secreções femininas, a dor e os cuidados a ele relacionados foram vistos como acontecimentos profanos e, em nome de Deus, mantiveram os homens distantes do cuidado à grávida e ao parto durante toda a Idade Média até a invenção da obstetrícia científica. A desqualificação da grávida e dos saberes das mulheres que as assistiam¹²⁷ constituíram-se em estratégias necessárias à política de ‘deixar viver’ os recém-nascidos para que fossem batizados e pudessem, então, morrer e se transformar em anjos. O perigo a ser evitado a qualquer custo era ‘fazê-los morrer’ com a mácula do pecado original. Para isso, a Inquisição produziu o inquérito e o exame, retomados na época clássica com um sentido que tornava o útero um objeto digno de estudo, já que foi morada do filho de Deus. A modernidade e a emergência de uma nova forma de governo das populações trouxeram consigo a necessidade de gerir a vida e, portanto, de ‘fazer viver’. As práticas centram-se, então, na própria vida, estabelecendo-se uma ruptura com o modo de ver medieval, em que a salvação só era possível de ser alcançada através da morte. É a partir daí que surgem documentos sugerindo a clara substituição das parteiras pelos médicos na assistência ao parto e ao nascimento e a invenção da obstetrícia científica.

A invenção da obstetrícia científica só foi possível, no entanto, com o nascimento da clínica ao final do século XVIII. E é somente por volta da metade do século XX que o fazer das parteiras (e também obstetrizes e enfermeiras) é banido desse cenário. Mas esse banimento foi de tal ordem que, mesmo no Brasil, as atividades remanescentes dessas personagens na contemporaneidade, as parteiras tradicionais, em locais onde a medicina científica pouco penetrou, têm se reduzido a motivo de curiosidade e de alguns poucos estudos, sobrevivendo como um dado de ‘folclore’ nos grandes centros urbanos.

Diante de um discurso científico que produziu o médico obstetra como o único capaz de atender eficientemente e com o menor risco possível os problemas relacionados

¹²⁷ Chamadas freqüentemente de bruxas parteiras (KRAMER; SPLENGER, 2000).

ao parto, emergiram programas que classificaram os tipos de intervenção naqueles que só poderiam ser executadas por médicos e nos que deveriam ser executados por outros profissionais, abrindo a possibilidade para a entrada das enfermeiras obstetras, tradicionalmente relegadas a um segundo plano, no atendimento ao parto e ao nascimento. Nessas circunstâncias, qual o significado de uma política de governo que busca uma ‘humanização do parto e do nascimento’? Quais os efeitos que uma tal política produz?

Embora haja inúmeros encontros e fóruns para debater o programa do governo de ‘humanização do parto e do nascimento’, as questões têm se restringido às formas de sua difusão e implantação. E não raramente a discussão acontece entre os que o defendem integralmente e os que lhe fazem restrições. Mas, certamente, o debate maior (e mais barulhento) assumiu um cunho corporativista, fazendo com que a classe médica se mobilizasse para, inclusive, fazer aprovar, no Congresso Nacional, um projeto de lei sobre o ‘ato médico’ (BRASIL, 2002d) que contém a intenção de excluir qualquer participação ou responsabilidade junto à parturiente de quem não for graduado em Medicina.

As definições de parto, cesárea, parto via abdominal são vistas e descritas de diferentes formas, e cada definição expressa certos momentos, certas ordens de saber, rupturas que fazem parte de mudanças mais amplas e que vão indicar alterações daquilo que é aceito ou tido como verdadeiro e científico em dado momento. Tais definições, quando aceitas, possuem um caráter apaziguado que torna invisíveis as contingências em que foram produzidas, ou seja, o ‘como’ regulam e ‘se regulam’ entre si para que sejam “aceitáveis cientificamente e, conseqüentemente, susceptíveis de serem verificadas ou infirmadas por procedimentos científicos [...]. E somente por eles” (FOUCAULT, 1999a, p. 3-4).

Essas práticas fazem parte do mesmo campo discursivo, ou seja, a vida e a possibilidade de escolha. O princípio que diz que todos os homens nascem livres.

Problematizar esses programas e as questões relacionadas a eles, no momento atual, continua sendo uma tarefa que se impõe à pesquisa. É, portanto, nessa direção que vejo a contribuição de meu estudo: uma história de como o parto realizado por enfermeiras foi desqualificado ao longo de séculos e suas relações e significados com as sociedades e governos soberanos, disciplinar e de controle. Isso porque tal verdade só se dá com o poder e, por isso, é importante e necessário esclarecer melhor as histórias relacionadas ao parto e nascimento e acreditar que “a verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder” (FOUCAULT, 1999a, p. 12).

Assim, destaco que no estranhamento daquilo que me foi ‘dado’ como ‘natural’ ao discutir as práticas do parto e do nascimento humanizados, encontrei um vasto campo de lutas tornado visível nas diferentes formas de governo e que, através das políticas públicas, sejam de saúde ou de educação, subjetivaram e subjetivam gestantes, profissionais e população quanto a ‘melhor’, a mais econômica, a mais prudente e a mais feliz maneira de parir, nascer e viver. Que tem por função “assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir as formas de relações sociais, [proporcionando] uma sexualidade útil e politicamente conservadora”, conforme o manual que ordena a ‘humanização do parto’, objetivando as práticas do parto nele descritas. Ainda mais: permite a produção do parto ‘humanizado’ da maneira como o governo o dita, implicado à economia e às formas que esse governo encontra para solucionar os problemas da sociedade. A solução é, então, sempre aquela que uma sociedade merece e engendra, em função dos diferentes modos pelos quais tais problemas são evidenciados nas múltiplas relações que ela encarna (DELEUZE, 1988). O discurso da ‘humanização do parto e nascimento’ contido nos manuais do Ministério da Saúde funciona como dispositivo que potencializa a ação do governo e subjetiva a vida de uma população específica. E, a partir do momento em que as práticas de parto passam a ser objeto de políticas públicas de ‘humanização’, passam, também, a ser parte do aparato governamental em que estão contemplados procedimentos que obedecem rituais para sua execução e regulam condutas tanto de profissionais, através de sua capacitação, quanto da população, através da socialização de tais ritos.

A arena onde se dão as lutas pelas práticas de parto se amplia com a criação das casas de parto, com o reconhecimento do Estado pelas práticas das parteiras tradicionais, das enfermeiras, das parteiras da floresta, dos médicos, do parto hospitalar e do parto domiciliar como instrumentos de vida da população e, ao mesmo tempo, procedimentos institucionais que vão ao encontro de preceitos científicos e necessários às diferentes situações.

Tal ampliação de práticas provoca alterações na ordem do discurso e do saber sobre o parto, afrouxam e tornam instáveis os limites reconhecidos pela ciência e pelos cientistas, implicando, inclusive, em disputas corporativas em torno de instituições e de profissionais e em, também, como diz Foucault, ‘heterotopias’ ou utopias efetivamente realizadas nas quais todos os outros posicionamentos reais que se podem encontrar na sociedade “estão

ao mesmo tempo representados, contestados e invertidos, espécies de lugares que estão fora de todos os lugares, embora eles sejam efetivamente localizáveis” (2001, p. 128).

As multiplicidades daí oriundas produzem modos de pensar e de ensinar que se modificam contínua, rápida e interconectadamente entre sociedades e nações; os espaços e os tempos se re/criam e desdobram em combinações múltiplas, possíveis e singulares. Dessa maneira, os acontecimentos produzem efeitos imediatos sobre lugares e pessoas situadas a grandes distâncias (HALL, 1998) e impõe a discussão, a problematização, a desconstrução, reconstrução, a dissolução e até mesmo a re-invenção das práticas de parto, globalmente. Em tais processos, produz-se, concomitantemente, uma multiplicidade de práticas e de políticas de efeito contraditório que pretendem, com isso, manter ou recuperar práticas tornadas pouco usuais.

As descrições relacionadas ao parto e ao nascimento, daquilo que considerei inquietante, interessante ou raro pela sua frequência ou modo, em seu acontecimento e/ou em seu cruzamento, em sua exclusão, centralidade, aparição ou regularidade, encontraram alguns limites e dissoluções, depararam-se com interrogações e com diversidades e não pretenderam determinar todas as condições das quais dependem ou nas quais foram descritos. A partir dessa perspectiva, realizar este estudo foi uma tarefa instigante e diferente devido ao viés de análise adotado. Um estudo que não pretendeu apontar certezas ou caminhos estáveis, tampouco marcar fronteiras em torno de conceitos e metodologias dadas *a priori*. Um estudo que, entretanto, pensou no programa de ‘humanização do parto’ como uma das muitas ações envolvidas com a crítica de conhecimentos que disputam o direito de dizer a verdade sobre o parto. E foi assim, tentando ‘pegar’ o problema pelo ‘meio’ e não por suas oposições, que me determinei a esse estudo.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Janete. **A “Espanhola” em Porto Alegre**. 1918. Dissertação. Mestrado. Porto Alegre: PUCRS, 1995.
- ALMEIDA, Manuel Antonio de. **Memórias de um sargento de milícias**. Rio de Janeiro: Ediouro; São Paulo: Publifolha, 1997.
- AMAMENTAÇÃO online. **Situação da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil**. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/ihac/situaihac.htm>>. Acesso em: 12 out. 2004
- AMRIGS. Associação Médica do Rio Grande do Sul. **Entidades Médicas se reúnem com médicos de Santa Cruz do Sul para traçar estratégias contra o surgimento da faculdade de medicina da UNISC**. 2005. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/home.asp>>. Acesso em: 17 ago. 2005.
- ANDAZAZI, Federico. **O anatomista**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. 192 p.
- ATENCIÓN ESPECIALIZADA DURANTE EL PARTO. 1998. Disponível em: <http://www.safemotherhood.org/s_init_facts.htm>. Acesso em: 29 ago. 2001.
- ÁVILA, Maria Betania; CORREA, Sonia. O Movimento de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Revisitando Percursos. In: Galvão, Loren & Díaz, Juan (orgs.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Population Council, 1999. Disponível em: <<http://www.geocities.com/catolicas/articulos/dersex/omovim.htm>>. Acesso em: 19 out. 2003.
- BADINTER, Elisabeth. **Palavras de Homens (1790 - 1793)**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.
- _____. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Tradução Waltensir Dutra. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: 1996. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR77/00FfrontMatter.pdf>> . Acesso em: 15 mar. 2003.
- BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. São Paulo / Salvador: Londrona / APC-HUCITEC-CEBES, 1993.
- BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. **Estudos Feministas**, vol.1, n.2, p. 366-381, 1993.
- BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**. vol.19, suppl.2, Rio de Janeiro. 2003.
- BISHOP, E.H. Pelvic scoring for elective induction. **Obstetrics & Gynecology**, Washington, v. 24, p. 266-268, 1964.
- BOYACIYAN, Krikor. Não há parto sem risco. **Revista da SOGESP**, n.55, ano VII, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.sogesp.com.br/jornal/detalhes_jornal.asp?ed=55&sum=19>. Acesso em 8 jan. 2005.

BRANDÃO, Nadja dos Santos. **Da tesoura ao bisturi, o ofício das parteiras – 1887 - 1927**. 1998. 265 f. Dissertação. (Mestrado em História). Pós-graduação em História – área história do Brasil. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

BRASIL. COFEN. Resolução n. 223 de 03 de dezembro de 1999. 1999b. Câmara de Ensino Superior Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em:

<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc_p/RES_COFEN223_99exerc_p.doc>.

Acesso em: 20 jan. 2004.

_____. COREN. **Decreto Presidencial nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. 1987.

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.corenpb.com.br/legislacao/decretos/dec94406.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2005

_____. _____. **Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955**. 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. Disponível em:

<<http://corenpb.com.br/legislacao/leis/lei2604.htm>>. Acesso em: 15 de mar. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2005b.

Documento Base. Brasília, 2005. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/conferencia_Trab_educa/doc_base-revisado.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2005.

_____. _____. **Programa de Assistência Integral à mulher: normas de assistência**. Brasília: MS/PAISM – Programa de Assistência Integral à **Saúde da Mulher**, 1983.

_____. _____. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

_____. _____. **Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. 2001d. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm>>. Acesso em: 15 mai. 2003.

_____. _____. **LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 6 mai. 2003.

_____. _____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. 1996b. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9263.htm>>. Acesso em: 21 out. 2003.

_____. _____. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2002b. Disponível em:

<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/dados/anexo/80_2.doc>. Acesso em: 20 out. 2003.

_____. _____. **O programa de saúde da família.** 2002a. Disponível em:
<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cpsf_evolucao_brasil_sintese.pdf>.
Acesso em: 20 out. 2003.

_____. _____. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Documento para gestores e técnicos do SUS.** 2003. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf. Acesso em: 17 nov. 2004.

_____. _____. _____. **Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS.** 2003. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf. Acesso em: 17 nov. 2004.

_____. _____. **Portaria nº 2.815 de 29 de maio de 1998.** Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>>. Acesso em: 18 set. 2001.

_____. _____. **Portaria nº. 1.708/GM de 2 de setembro de 2003.** 2003. Concede reajuste, em caráter emergencial, aos procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar de maior frequência. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1723re.htm>>. Acesso em: 19 out. 2004.

_____. _____. Portaria nº. 2.203 de 5 de novembro de 1996. 1996a. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde -NOB - SUS -01/96. Brasília, DF: 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.**

_____. _____. **Portaria PT/GM-985/99,** de 5 de agosto de 1999. Institui os Centros de Parto Normal. 1999a. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>>. Acesso em: 15 set. 2003.

_____. _____. **Prêmio Nacional Professor Galba Araújo.** 2004a. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-238.htm>>. Acesso em: nov. 2004.

_____. _____. **Portaria SAS/MS N° 163, De 22/9/98 – Do 183, De 24/9/98.** 1998b. Regulamenta a realização do procedimento Parto Normal sem Distúrcia realizado por Enfermeiro Obstetra e dá outras providências. Disponível em:
<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/SAS_P163_98obst.doc>. Acessível em: 20 jul 2004.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. _____. _____. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. _____. _____. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Dez anos de saúde da família no Brasil. **Informe da atenção básica 21.** Ano V, março/abril de 2004. 2004c. ISSN 1806-1192. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/psfinfo21.pdf>>. Acesso em: 28 de jul. de 2004.

_____. _____. Secretária de Gestão de Investimento em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Formação:** qualificação

profissional e saúde com qualidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001h. v.1, n.1, 90p.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS. **Assistência pré-natal:** normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d. 56p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2002.

_____. _____. _____. Área Técnica de Saúde da Mulher: **Urgências em Obstetrícia:** manual técnico 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

_____. _____. _____. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 3. ed. Brasília: MS, 2000b.

_____. _____. _____. Coordenação Geral de Planejamento, Informação e Avaliação de Ações Estratégicas. 2001i. **Relatório de gestão.** <<http://www.saude.gov.br/sps/docs/relatoriodegestao2001.doc>> Acesso em: 17 dez 2003.

_____. _____. _____. Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade materna. **Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos segundo região e UF do Brasil, 1997-1999.** 2001. Tab. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2001/c03.htm>>. Acesso em: 03 nov. 2002.

_____. _____. Secretaria Executiva. **Gestante de alto risco:** sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001e. 32p

_____. _____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. **Assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. _____. Secretaria Nacional de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Detalhamento das portarias GM/ 569, 570, 571 e 572.** 2001c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/human/detalhamento.htm>. Acesso em: 13 nov. 2002.

_____. _____. _____. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Indicadores.** 2000e. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/human/operaciona.htm#INDICADORE> S. Acesso em: 13 nov. 2002.

_____. _____. _____. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. _____. _____. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).** Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. _____. _____. Programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN). **Operacionalização.** 2000f. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mu/human/operaciona.htm#OPERACIONALI> ZACÃO>. Acesso em: 13 nov. 2002.

_____. _____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. **Controle de doenças sexualmente transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 1985. 70 p.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Prêmio Humaniza SUS David Capistrano.** 2004b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/premio_humanizausus.pdf. > Acesso em: 15 nov. 2004.

_____. _____. **Sistema de Informação em Pré-Natal (SISPRENATAL)**. Brasília: Ministério da Saúde; Datasus, 2002c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA. Banco Interamericano de Desenvolvimento, BID. **Políticas Sociais II - Acompanhamento e análise**. Brasília, DF: 2001f. 185p.

_____. Planalto. **Código Penal**. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 10 mar. 2004.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. 2005a. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 10 abr. 2005.

_____. Presidência. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao88.htm>. Acesso em: 10 nov. 2002.

_____. Senado. **PLS 25/2002 de 01 de fevereiro de 2002**. 2002d. Define Ato Médico e dá outras providências. Disponível em: <http://www.naoaoatomedico.com.br/paginerna/projetoslei01.cfm>. Acesso em: 30 jan. 2002.

BROWN, Peter. **Corpo e sociedade**: o homem, a mulher e a renúncia sexual no início do cristianismo. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990. 485 p.

CAMANO, Luiz. Assistência ao Parto. **Portal de ginecologia**. Disponível em: <<http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=68>>. Acesso em: 15 jul. 2002.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CASANOVA, Rebecca. **GOVERNMENTS UNITE TO SAVE WOMEN'S LIVES**. 2000. Disponível em: <<http://www.safemotherhood.org/Saving%20Lives%20conference/pressrelease.html>>. Acesso em: 30 abr. 2001.

CHALMERS, I.; ENKIN, M., KEIRSE, M. J. (Orgs.). **Effective care in pregnancy and childbirth**. Oxford University Press, 1989.

CIP. **Comissão Intergestores Bipartite**. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br>. Acesso em: 22 mai. 2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Dados estatísticos**. 2005. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 31 jul. 2005.

_____. _____. Resolução n. 173 de 21 de junho de 1994. Dispõe sobre normas para registro de enfermeiro como especialista. Documentos básicos de Enfermagem. **Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2001.

_____. **Lei n 7.498/86**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <www.coren-df.org.br>. Acesso em: 12 abr. 2004.

COLTRO, Antonio Carlos Mathias. **Responsabilidade Penal e Civil Resultante de Lesões Corporais e do Homicídio Culposo no Exercício da Profissão Médica: Interdição do Exercício Profissional. Dano Material e Dano. Moral.** Cremesp. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=6>>. Acesso em: 28 dez. 2004.

COMENIUS, Iohannes Amos (1621-1657). **Didactica magna**. 2001. Disponível em: <<http://www.eBooksBrasil.com>> . Acesso em: 05 mai. 2004.

CONSTANCE, Paul. Doutor, prefiro a faca: uma epidemia de cesarianas nos países latino-americanos. **BIDAMÉRICA**. Jul-ago. 2000. Disponível em: <<http://www.iadb.org/idbamerica/Archive/stories/2000/por/7-8f.htm>>. Acesso em: 13 jul. 2002.

COREN/RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. 2002. **Informações do Conselho Regional de Enfermagem- seção RS sobre tramitação do projeto de lei n°. 25/2002 que institui o ‘ato médico’**. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/news_24/11/2002>. Acesso em: 10 dez 2002.

CPI mortalidade materna. 2003. Disponível em: <www.cfemea.org.br/pdf/relatoriofinalcpimortalidadematerna.pdfPI>. Acesso em: 20 mai. 2004.

CREMERS. Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. **Entidades médicas se unem contra abertura de novas faculdades**. 2005. Disponível em: <http://www.cremers.com.br/cremers/Interface/show_new.action?beanNew.idNew=491>. Acesso em: 20 jul. 2005

_____. _____. **Nova tabela de honorários**. 2003. Disponível em: <http://www.cremers.com.br/cremers/Interface/show_new.action?beanNew.idNew=139>. Acesso em: 20 jul. 2004.

CRM/RJ. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Médico Deputado Federal fala sobre a definição de Ato Médico. **Jornal do CRM/RJ**. Mai-Jun. 2002. Disponível em: <<http://www.conapra.kit.net/atomed.htm>>. Acesso em: 24 dez. 2002.

DEL POZO, Rosario Garcia. **Michel Foucault: un arqueólogo del humanismo** (estructuralismo, genealogía y apuesta estética). Sevilla: Universidad de Sevilla, 1988.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

_____. **Foucault**. Tradução Cláudia Sant’Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DIAS, Nelci. Debate na Rádio Pampa de Porto Alegre, em 27 de maio de 2005 sobre polêmica gerada pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul em publicação nos meios midiáticos sobre o exercício profissional das enfermeiras obstétricas. **Programa Conexões**.

- DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 242 f. Tese. (doutorado em Medicina). Departamento de Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo. São Paulo _____.
- _____. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. 207 f. Dissertação. São Paulo. (Mestrado). Departamento de Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- DORNELLES, Leni Vieira. **Meninas no papel**: o significado de ser menina em revistas infantis femininas. 2002. Tese. (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ufrgs. 2002.
- DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica: Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- ECLESIÁSTICO. Usar e repartir os bens. Capítulo 14, versículo 11, p. 912. *In*: BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução Euclides Martins Balancin e José Luiz Gonzaga do Prado. São Paulo: Paulinas, 1993. 1631 p.
- ENKIN, M.; KEIRSE, M. J.; RENFREW, M.; NEILSON, J.; A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 2. ed. Oxford University Press, 1995.
- ENKIN, M.; KEIRSE, M. J.; RENFREW, M.; NEILSON, J.; CROWTHER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E.; HOFMEYR, J. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- EWALD, François. **Foucault, a norma e o direito**. Tradução Antônio Fernando Cascais. Lisboa: Vega, 1993.
- ÊXODO. O opressor não consegue eliminar a vida. Capítulo 1, versículos 15, 16, 17, p. 69. *In*: BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução Euclides Martins Balancin e José Luiz Gonzaga do Prado. São Paulo: Paulinas, 1993. 1631 p.
- EXUPÉRY, Antoine de Saint. **O Pequeno Príncipe**. Disponível em: <<http://petit-prince.vilabol.uol.com.br>>. Acesso em: 20 dez 2004.
- FAÚNDES, A. E., CECATTI, J.G. **A Operação cesárea no Brasil**: incidência, tendência, causas, conseqüências e propostas de ação. *In*: Cadernos de Saúde Pública 1991, v. 7, n. 2, p.150-173.
- FENDLER, Lynn. Qué es imposible pensar? Uma genealogia del sujeto educado. p. 55-79. *In*: POPKEWITZ, Thomas S.; BRENNAN, Marie (Org.). **El desafío de Foucault: discurso, conocimiento y poder en la educación**. Barcelona: Pomares-Corredor, 2000. 351 p.
- FERREIRA, Aurélio Buarque. **Dicionário Aurélio eletrônico**. Aurélio-século XXI. São Paulo: Nova Fronteira/Microsoft Corp. c1990-1996. 1998.
- FIGA, M. Esperanza. As outras crianças. *In*: LARROSA, Jorge; LARA, Nuria Pérez de (orgs.). **Imagens do outro**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- FISCHER, Rosa Maria Bueno. Análise do discurso em educação. **Cadernos de pesquisa**, N. 114, p. 197-223, nov/2001.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Problema é a alta taxa de natalidade, diz FHC**. B 14: Dinheiro. 29 jun. 2002.

FONSECA, Márcio Alves. A disciplina como estratégia política. *In: Michel Foucault e a constituição do sujeito*. São Paulo: Educ, 1995. p. 40-68.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000a. 239p.

_____. _____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996. 79 p.

_____. _____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU, 1999e. 160 p.

_____. _____. **As palavras e as coisas**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000c.

_____. _____. **Em Defesa da Sociedade**: Curso do *Collège de France* (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999d.

_____. _____. Entretien Michel Foucault avec D. Trombadori, Paris, 1978. *In: FOUCAULT, Michel. Dicts et écrits*. Paris: Gallimard, 1994, p. 41-95. [v. IV]

_____. _____. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999b. 152p.

_____. _____. **História da sexualidade 2**: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999f. 232 p.

_____. _____. *In: MACHADO, Roberto (Org.). Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999a.

_____. _____. *In: MOTTA, Manoel Barros da (org.). Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000b. [Ditos e escritos. v. II]

_____. _____. *In: MOTTA, Manoel Barros da (org.). Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. [Ditos e Escritos IV]

_____. _____. *In: VARELA, Julia; ALVAREZ-URIA, Fernando (Orgs.). Microfísica del poder*. 3. ed. Madrid: La piqueta, 1992.

_____. _____. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. _____. O sujeito e o poder. *In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*: Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. _____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. _____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. _____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução Ligia M. Ponde Vassallo. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1999c. 288p.

GÊNESIS. *In: BÍBLIA*. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução Euclides Martins Balancin e José Luiz Gonzaga do Prado. São Paulo: Paulinas, 1993. 1631 p.

GRANDINETI, Leonardo. **Renacimiento y humanismo**. 2002. Disponível em: <http://www.ctv.es/iveh/cp/seccion/carpetegeneral/historia/atrasos/artatras/artatras13.html>. Acesso em: 27 de set de 2002.

Grupo de discussão. Mensagens do dia 13 de julho de 2005. Disponível em:
<<http://br.groups.yahoo.com/group/partonosso/>>. Acesso em: 13 jul. 2005.

GUINDA, Javier Calvo. **Mujeres al borde de la iglesia**. Disponível em:
<www.mercaba.org/FICHAS/H-M/722-2.htm>. Acesso em: 21 de set. de 2002.

HAWKINS, Miranda; KNOX, Sarah. **Midwifery Care Continues to Face Challenges**. 2003. Disponível em: de <http://www.cwhn.ca/network-reseau/6-23/6-23pg1.html>> Acesso em: 20 abr. 2005.

HEIDEGGER, Martin. Sobre o “humanismo”. In: **Os pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1973. p. 345-373.

HÖLDERLIN, Friedrich. **Poemas**. Tradução Paulo Quintela. Lisboa: Relógio d’ Água, 1991.

I SAMUEL. Samuel e a palavra de Javé. Capítulo 1. p. 302. In: BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução Euclides Martins Balancin e José Luiz Gonzaga do Prado. São Paulo: Paulinas, 1993. 1631 p.

JAEGER, Werner. **Paidéia**. (1904). São Paulo: Herder, c1936.

JONES, Adam. **Estúdio de caso: mortalidad maternal**. Tradução Laura Rico. Disponível em: < www.gendecide.org/gendecide/htm>. Acesso em: 03 set. 2001.

JORGE, Dilce R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetrix (parteira) no Brasil**. 1976. 213 f. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem Ana Neri. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. **O martelo das feiticeiras: Malleus Malleficarum**. Tradução Paulo Fróes. 14. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000. 528 p.

KRUNO, Rosimery Barão. **Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul Ufrgs. Escola de Enfermagem. Porto Alegre: 2004.106f.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Brasília: ABEn, 2004.

LA INICIATIVA por una maternidad sin riesgo. 1998. Disponível em:
<http://www.safemotherhood.org/s_init_facts.htm>. Acesso em: 29 ago.2001.

LA MATERNIDAD sin riesgo: un asunto de los derechos humanos y la justicia social. 1998. Disponível em:
<http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_human_rights.htm>. Acesso em: 29 ago. 2001.

LA MEDICINA del renacimiento: el empuje de la anatomia. Disponível em:
<http://www.ujaen.es/investiga/cts380/historia/la_medicina_del_renacimiento.htm>. Acesso em: 15 dez de 2004.

LA MORTALIDAD materna. 1998. Disponível em:
<http://www.safemotherhood.org/s_init_facts.htm>. Acesso em: 29 ago.2001.

LA SALUD MATERNA: una inversión socioeconómica vital. 1998. Disponível em:
<http://www.safemotherhood.org/s_init_facts.htm>. Acesso em: 29 ago. 2001.

- LARROSA, Jorge. Agamenom e seu porqueiro Tecnologias do eu e educação. *In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 35-86
- LAURENTI, Ruy. **Medindo a mortalidade materna**. Mimeogr. Dez. 2001. 8 p.
- LIBER EXUDI.BÍBLIA. Latim. Bíblia sacra. Iuxta Vulgatam Versionem. Dritte, verbesserte Auflage 1983. Stuttgart, Deutsche Bibelgesellschaft, 1983. Êxodo 1.15-17, p. 77.
- LINHARES, Gilberto. O parto é normal. **Portal do Cofen**. Disponível em: <www.portalcofen.com.br>. Acesso em: 30 abr. 2002.
- LOURO, Guacira. Porto Alegre – finais do século 19: normalistas e moças bem comportadas. *In: Porto Alegre na virada do século 19: cultura e sociedade*. Porto Alegre/Canoas/São Leopoldo: UFRGS/ULBRA/UNISINOS, 1994.
- LUPTON, Deborah. **Risk**. New York: Routledge, 1999, 184 p.
- MACHADO, Roberto *et al.* **A danação da norma: medicina social, e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MANUAL do Serviço de Prevenção do câncer do colo do útero e de mamas**. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis. 2003. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/Manual_prev_cancer.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2004.
- MARQUES, Marília Bernardes. Breve história das disputas entre comadres, parteiras e médicos. **Saúde em debate**, n. 14, p. 16-20, 1982.
- MARZOLA, Norma. Governamentalidade. **Notas de aula**. 8 set. 2003. 2003a. p. 23.
- _____. **O aborto através dos tempos**. *Polemus*. (Conferência). Hospital de Clínica de Porto Alegre, setembro de 2003b.
- _____. Os sentidos da alfabetização na revista *Nova Escola*. *In: COSTA, Marisa Vorraber (ORG.). Estudos Culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema...* .Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.
- MELLO JORGE, Maria H Prado de, GOTLIEB, Sabina Lea D, LAURENTI, Ruy. A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2001. 244 p.
- MENDLOWICZ, M. V. Neonaticide in the city of Rio de Janeiro: forensic and psycholegal perspectives. **J Forensic Sci**, 1999 Jul; 44(4): 741-745.
- MEYER, Dagmar. Como conciliar humanização com tecnologia na formação de enfermeiras? **Revista Brasileira de Enfermagem**, jun/jul. de 2002.
- MURARO, Rose Marie. Breve introdução histórica. *In: KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. O martelo das feiticeiras: Malleus Malleficarum*. Tradução Paulo Fróes. 14. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000. p. 5-17.
- NASSAR, Paulo; SÁ, Renato Augusto; LOPES, Laudelino Marques. **Episiotomia Baseada em Evidência Científica**. Disponível em: <http://www.cpdtd.com.br/sys/interna.asp?id_secao=3&id_noticia=95>. Acesso em: 5 jan. 2005.
- NEWCOMER orientation to the health system project. **Cuidados médicos no Canadá: um guia para recém-chegados ao Ontário**. 2000. Disponível em;

<http://www.settlement.org/downloads/cuidados_medicos_no_canada.pdf> Acesso em: 27 de setembro de 2004.

NOSSOS objetivos. Portal humaniza. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=29>>. Acesso em: 17 jan. 2005.

O QUE SOMOS? Portal evidências. Disponível em: <<http://www.evidencias.com/oque.htm>>. Acesso em: 23 out. 2003.

OLIVEIRA, A. Bernardes de. **A evolução da medicina até o século XX**. São Paulo: Pioneira Editora, 1981, p. 79.

OLIVEIRA, Fátima. Mortes maternas patrocinadas pelos governos. **O tempo**. BH, MG, 28 mai. 2003. Disponível em: <www.otempo.com.br>. Acesso em: 24 dez. 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de 'maternidade segura'. Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: Ministério da Saúde do Brasil, 1996.

_____. *Servicios de enfermería y partería: orientaciones estratégicas 2002-2008*. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/health-services-delivery/nursing/strategic_directions_es.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2004.

ONU. **Convenção sobre eliminação de formas de discriminação contra a mulher**. 1984. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/> Acesso em: 22 mai. 2004.

_____. **Registro de população**. 2004. Disponível em: <<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/vitstats/default.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2004.

_____. **World's population reaches 6.5 billion this year, could reach 7 billion by 2012, un says**. Disponível em: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=13379&Cr=population&Cr1=development>. Acesso em: 17 fev. 2005.

ORTEGA, Francisco. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999. 184 p.

OSAVA, Rute Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. 1997. 129 f. Tese (doutorado em Saúde Pública). Departamento de saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.14 suppl.1 Rio de Janeiro, 1998.

PELBART, Peter Pal. Biopolítica e biopotência no coração do império. *In*: LINS, Daniel; Gadelha, Sylvio. **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. p. 251-260.

PLATÃO. Protágoras. *In*: PLATÃO. **Protágoras, Górgias, Fedão**. Tradução de Carlos Alberto Nunes. Belém: EDUFPA, 2002. 339 p. **50-123**.

_____. **Teeteto**. Tradução de Carlos Alberto Nunes. Disponível em: <<http://br.egroups.com/group/acropolis/>>. Acesso em: 20 dez 2004.

POPKEWITZ, Thomas S. História do currículo, regulação social e poder. *In*: SILVA, Tomaz Tadeu da. **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 173-224.

PRIORE, Mary del. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: PRIORE, Mary del. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000. p. 78-113.

PROA, Sérgio Espinosa. *El “humanismo” en el “fin de la modernidad”*. Agencia de notícia vértice. 03 de enero de 2001. Disponível em: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz/11/espinosa.htm> . Acesso em: 30 mai. 2002.

REHUNA. **Carta de Campinas**. 1993. Disponível em: <http://www.casasdeparto.com.br/casasdeparto/oficio01ReHuNA.doc>>. Acesso em: 20 abr. 2004.

_____. **Carta de Fortaleza**. 1985. Disponível em: http://www.rehuna.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=2&Itemid=3>. Acesso em: 20 abr. 2004.

REIS, Dayse; CARVALHO, Suely. **Rede Nacional de Parteiras Tradicionais**. Disponível em: www.redesaude.org.br>. Acesso em 25 mar. 2004.

REVISTA HCPA. **Editorial**. Porto Alegre, n. 18 (2), p. 139, 1998.

REZENDE, J. M. **Que tem a ver Júlio César com a operação cesariana?** 2005. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/juliocesar.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2005.

REZENDE, Jorge de. **Obstetricia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.

_____. **Obstetricia: conceito, propósito, súmula histórica**. In: _____. **Obstetricia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.1, p. 1-26.

RIBEIRO, Eduardo Mendes. **Universalidade e singularidades no campo da saúde**. 2002. Disponível em: www.portalthumaniza.org.br/ph/texto>. Acesso em: 20 de out. de 2003.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista de Estudos Feministas**, vol.10, n. 2. Florianópolis. Jul/Dez. 2002.

ROTTERDAM, Erasmo. **Elogio à loucura (1509)**. São Paulo: Martin Claret, 2001.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 2001.

SANTOS, Marcos Leite. **A_desne_cesária**. 2000. Disponível em: <http://www.maternatura.med.br/desnecesaria.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2005.

SAÚDE no Paraná. **Boletim epidemiológico da secretaria de estado da saúde**. 2002 Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/Boletim_Epidemiologico/Primavera/saude_reprodutiva.htm> . Acesso em: 22 out. 2002.

SAÚDE/RS. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Resolução nº. 226/2003 – CIB/RS**. 2003. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/assistencia_farmaceutica/7_portaria_143.htm>. Acesso em: 10 dez 2003.

SCHIRMER, Janine. **Formação da enfermeira obstetra: contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento**. 2001. 120f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- SCHRAIBER, Lilia Blima. **Ética e subjetividade no trabalho em saúde**. 1993. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/producao/artigo02.asp>>. Acesso em: 22 fev. 2004.
- SERRA, José. **Ampliando o possível: a política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- SERVICIOS DE SALUD MATERNA DE BUENA CALIDAD. 1998. Disponível em: <http://www.safemotherhood.org/s_init_facts.htm>. Acesso em: 29 ago. 2001
- SIMERS. Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. **Assembléia do dia 16 decide medidas contra criação de novas escolas médicas**. 2005. Disponível em: <<http://www.simers.org.br/assembleia16.php>> Acesso em: 13 ago. 2005.
- SÓFOCLES. **Antígona**. Tradução Millor Fernandes. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. 56 p.
- SOUZA, Maria Lúcia de Barros Mott de Mello. **Parto, parteiras e parturientes: Mme. Dürrocher e sua época**. 1998. 331 f. Tese (doutorado em História Social). Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- SPINELLI, M. G.: *A systematic investigation of 16 cases of neonaticide*. **Am J Psychiatry** 2001, n.158, p.811.
- SPINK, Mary Jane. Os contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. *In: Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO*. Vol.12, nº. 12, jan/dez 2000.
- Thomaz de Aquino. *Summa Theológica*. S. Th. 1ª q, 92, a.1, ad 1. 6. *Whether the woman should have been made in the first production of things?* Disponível em: <<http://www.newadvent.org/summa/109201.htm>>. Acesso em: 21 set. 2002.
- THORWALD, Jurgen. **O Século dos cirurgiões**. São Paulo: Hemus, s.d.
- TODO EMBARAZO ESTÁ EXPUESTO A RIESGO. 1998. Disponível em: <http://www.safemotherhood.org/s_init_facts.htm>. Acesso em: 29 ago. 2001.
- TOMASSO, Gisella *et al.* *Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?* **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, Caracas, v.62, n.2, p.115-121, 2002.
- VEJA ONLINE. **Estados-membros da ONU**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u71933.shtml>>. Acesso em: 23 abr. 2004.
- VERNANT, Jean-Pierre. **O universo, os deuses, os homens**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- VEYNE, Paul. Foucault revoluciona a história. *In: VEYNE, Paul. Como se escreve a história*. Tradução Alda Baltar; Maria Auxiliadora Kneipp. 4. ed. Brasília: UnB. 1998. p. 239-285.
- WITKOWSKI, Nicolas. (Org.) **Ciência e Tecnologia Hoje**. São Paulo: Ensaio, 1997.
- YUNES, João. Apresentação. *In: OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de 'Maternidade Segura'. Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: Ministério da Saúde do Brasil, 1996.