



Universidade Federal Fluminense

Instituto de Ciências Humanas e Filosofia

Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Linha de Pesquisa: Clínica e Subjetividade

MYRIAN LIMA PEREIRA NUNES

SUBJETIVIDADE CESARIANA
PENSANDO O PARTO COMO POTÊNCIA

Mestrado em Psicologia

CRISTINA MAIR BARROS RAUTER

NITERÓI

2014

MYRIAN LIMA PEREIRA NUNES

SUBJETIVIDADE CESARIANA

PENSANDO O PARTO COMO POTÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Orientadora: Prof. Dra. Cristina Mair Barros Rauter

Área de concentração: Clínica e Subjetividade

NITERÓI

2014

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

N972 Nunes, Myrian Lima Pereira.

Subjetividade Cesariana – pensando o parto como potência / Myrian
Lima Pereira Nunes. – 2014.

95 f.

Orientador: Cristina Mair Barros Rauter.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense,
Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de
Psicologia, 2014.

Bibliografia: f. 89 - 93.

1. Parto. 2. Subjetividade. 3. Cesárea. I. Rauter, Cristina Mair
Barros. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências
Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 618.86

AGRADECIMENTOS

Agradecer me faz lembrar todos os que me acompanharam no caminho até chegar aqui.

Agradeço à professora Cristina, sua orientação tranquila a me guiar nessa parturição. Aos companheiros do mestrado e das aulas de Spinoza. Donati, Vicente, Lívia, Tereza, Julia, Marília, Vanessa, Mauro, Leda, Anelise, Diogo, Renato, Cristiano, Alice Souto, a todos que de uma forma peculiar participaram dessa construção. Agradeço à Bianca por sua amizade e coragem.

Agradeço à UFRJ a oportunidade de conciliar a vida estudantil com a profissão.

Agradeço à UFF, aos professores da pós-graduação, à secretaria e aos profissionais com quem pude construir bons momentos.

Agradeço especialmente à Kátia Aguiar, por sua amizade e parceria.

Agradeço aos professores Marcus Vinícius Câmara, Cláudia Abbés, Marcele Zveiter por terem aceitado participar deste exame.

Um agradecimento especial ao professor João Resende, entusiasta da minha inquietação.

E à Edymara, por ter apresentado a Casa de Parto David Capistrano Filho, tantas vezes com a mesma dedicação à mim e a cada turma de estagio.

Agradeço à minha mãe, minha primeira professora, por ter me ensinado a ultrapassar a dor com a respiração e acreditar sempre nos meus desejos.

Agradeço minhas filhas Gabriela e Ada Beatriz, minhas luzes inspiradoras guiando sempre meu caminho de crescimento.

Agradeço às mulheres a oportunidade de aprender com cada uma.

Aos alunos, nosso oxigênio na universidade.

Agradeço à minha irmã, Martha seu apoio taurino. E Márcia, minha fã incentivadora, agradeço por ter me ensinado tanto na hora de partir.

Agradeço especialmente a meu amor e companheiro Fábio, seu interesse verdadeiro em acompanhar cada passo desse trabalho, e sua incrível paciência.

Minhas amigas queridas, por tantas saudades acumuladas. Valéria, Cris, Fátima Masson, Fátima Albuquerque, Ana Mimososa, Karin. À Benildes, por suas palavras inspiradoras.

Vitória, Luciana, Maria Luiza, Ruth Barbosa e queridos estagiários, por tudo que aprendemos juntos na Maternidade.

RESUMO: Neste estudo, pensamos o parto como potência vital, força espontânea da própria vida, catalisadora de forças criativas. Discutimos a produção de subjetividades no contemporâneo a partir do contraponto entre o parto natural e o fenômeno que denominamos “cesariana em massa”. Fazemos uma breve historicização do processo de hospitalização do parto e uma contextualização com dados sobre os nascimentos no Brasil contemporâneo, líder mundial em cesariana. Refletimos sobre como as práticas de saúde desrespeitam as necessidades da mulher durante o funcionamento fisiológico do parto, inibindo a vivência desta potência vital, evento sexual do ciclo que inicia na concepção e se estende até a amamentação. Em nossa discussão, nos apoiamos em Wilhelm Reich, Baruch de Spinoza, Donald Winnicott e Michel Odent. Consideramos que o evento do parto necessita de um processo de desinstitucionalização, como o que ocorreu na psiquiatria, onde as mulheres tomem para si a responsabilidade de discutir o parto e o nascimento para além do processo de medicalização da vida a que estamos submetidos no capitalismo. Que o parto possa ser pensado como experiência rara de conexão, de contato com a própria potência humana de amar.

PALAVRAS-CHAVE: Potência do parto. Subjetividade contemporânea. Cesariana.

ABSTRACT: In this study, we think the power delivery as vital, spontaneous power of life itself, a catalyst for creative forces. We discuss the production of subjectivities in contemporary from the counterpoint between natural childbirth and the phenomenon we call “mass caesarean”. We briefly historicizing the hospitalization of childbirth process and a context with data on births in contemporary Brazil, the world leader in cesarean section. We reflect on how health practices disregard the needs of women during the physiological functioning of labor by inhibiting the experience of this vital power, sexual cycle event that begins at conception and extends through breastfeeding. In our discussion, we rely on Wilhelm Reich, Baruch Spinoza, Donald Winnicott and Michel Odent. We consider the event delivery requires a process of desinstitutionalization, as occurred in psychiatry, where women take on the responsibility of discussing labor and birth beyond the process of medicalization of life to which we are subjected in capitalism. That childbirth can be thought of as rare experience of connection, contact with the human power of love itself.

KEYWORDS: Powerlabor. Contemporary subjectivity. Cesarean.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
1.1	IMPLICAÇÕES PESSOAIS.....	07
1.2	DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO.....	08
1.3	INDICAÇÕES TEÓRICAS.....	12
2	CAPÍTULO I.....	16
2.1	NASCER OU SER NASCIDO.....	16
2.2	O BRASIL É CAMPEAO MUNDIAL DE CESARIANA.....	18
2.3	JOGANDO OURO NO LIXO.....	20
2.4	O PENSAMENTO FUNCIONAL E O ESTUDO SOBRE A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES.....	22
2.5	APENAS DEPOIS DO PARTO.....	23
2.6	OCITOCINA E PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA.....	24
3	CAPÍTULO II.....	27
3.1	O INÍCIO DA VIDA PARA REICH E WINNICOTT.....	27

3.2	CESARIANA COMO NÃO PARTO.....	28
3.3	DO QUARTO PARA A SALA DE PARTO.....	32
3.4	PARTO NORMAL?.....	32
3.5	O “CARÁTER” NA ERA DA CESARIANA EM MASSA.....	34
3.6	A FUNÇÃO MATERNA PRIMÁRIA NO PARTO.....	35
3.7	O MOVIMENTO CONTIDO.....	36
3.8	CONTATO E MOVIMENTO, PATRIMÔNIOS VITAIS – CONTATO E COURAÇA.....	38
3.9	RESISTÊNCIA OU RESIGNAÇÃO?.....	40
3.10	MAS, COMO PENSAR A CESARIANA COMO DESEJO?.....	43
3.11	CESARIANA, O PARTO IDEALIZADO. PARA QUEM?.....	43
3.12	PRÉ-CESÁREA.....	44
3.13	AS BRASILEIRAS QUEREM PARIR.....	46
3.14	O MEDO DO(NO) PRIMEIRO ENCONTRO.....	48
4	CAPÍTULO III.....	50
4.1	SUBJETIVIDADES CESARIANAS.....	50

4.2	O QUE PODEM OS AFETOS?.....	52
4.3	AFETIVIDADE E POTÊNCIA.....	54
4.4	CONTATO E O MEDO DO PARTO.....	55
4.5	CONTATO E VERDADE.....	58
4.6	CRIANÇAS DO FUTURO.....	59
4.7	A ORGONOTERAPIA E A EXPRESSÃO EMOCIONAL.....	61
5	CAPÍTULO IV.....	63
5.1	FORA DAS ESTATÍSTICAS – NO TEMPO DO TEMPO.....	63
5.2	CAMINHO INICIÁTICO.....	64
5.3	ALGUMAS MULHERES REVELAM QUE O PARTO PODE SER UMA EXPERIÊNCIA DE CURA.....	65
5.4	EM OUTRO PLANETA.....	65
5.5	PARTO E INTUIÇÃO.....	66
5.6	O PARTO ORGÁSMICO.....	67
5.7	CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO – A CASA DE PARTO DO RIO DE JANEIRO.....	68

5.8 CALDEIRÃO.....	71
5.9 MULHERES BRASILEIRAS, MANIFESTAI-VOS!.....	71
5.10 SOMOS TODAS ADELIR.....	74
5.11 POR UM PARTO SUBVERSIVO.....	74
5.12 A COISA EM SI.....	78
5.13 CONEXÃO.....	78
5.14 A POTÊNCIA DAS MULHERES NA INGLATERRA.....	79
5.15 MANIFESTO PELO PARTO ATIVO.....	79
5.16 O PARTO ANALISADOR.....	84
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	90

1 INTRODUÇÃO

O interesse em discutir a questão do parto enquanto potência foi se desenvolvendo ao longo da minha experiência como psicóloga hospitalar na universidade pública, tendo atuado inicialmente na psiquiatria e outros setores, até dedicar-me à maternidade. A motivação para trabalhar com mulheres na gravidez e no parto foi impulsionada pela experiência pessoal de dar à luz em casa. Mas o que motivou especialmente a discussão desse tema foi a experiência de atender mulheres em trabalho de parto e acompanhá-las junto com as equipes de plantão. O contraste entre a experiência pessoal e a experiência com as mulheres e os profissionais dentro da instituição me levou a inúmeros questionamentos, ao mesmo tempo que eu participava de congressos de ecologia do parto, grupos de aleitamento, entre outras experiências.

Pode parecer ao leitor, por vezes, que as coisas ditas ou relatadas nesta dissertação estão um pouco carregadas de tinta. Mas, ao escrever, sinto e lembro das vivências que me fizeram muitas vezes rezar antes de entrar na instituição, para que as coisas transcorressem bem para as mulheres e os bebês, e para mim também, naquele dia de trabalho. Assistir mulheres assujeitadas, sem conseguir defender a si próprias diante de uma brutalidade durante o parto, ou simplesmente ver um trabalho de parto desandar por uma enxurrada de intromissões e desrespeitos ao funcionamento do corpo de uma mulher em trabalho de parto é uma experiência difícil e não há como fugir disso.

1.1 IMPLICAÇÕES PESSOAIS

Da experiência de acompanhar gestantes em cesarianas, em trabalho de parto normal e mulheres que tiveram partos domiciliares nasceu uma pesquisa empírica sobre os efeitos na forma de criar e conduzir a educação, a saúde e a alimentação que uma e outra forma envolvem. Os aspectos observados estavam referidos a sentimentos de prazer, potência, medo, dependência, coragem, autonomia, incapacidade, superação, etc., que se relacionavam diretamente com a experiência do parto, amamentação e cuidados com o bebê, e a recém-inaugurada identidade de mãe.

Eu sabia o quanto a experiência do parto domiciliar havia catalisado uma potência que me sensibilizou para a importância do parto enquanto sustentação para o desenrolar de tudo que viria a seguir. Ter vivido a continuidade da amamentação com o sentimento de autonomia para cuidar das necessidades da minha filha com a segurança do leite materno como alimento

e imunidade, sem o uso massivo de medicações, fortalecendo capacidades do próprio organismo, minha e do meu bebê, levou ao questionamento das prescrições sociais relacionadas ao cuidado no primeiro ano de vida. O parto teve um efeito político em mim. Fez-me questionar o trabalho e a relação com a maternidade, a alimentação e as práticas de saúde, a educação e o intenso processo de medicalização que atravessa atualmente todas as áreas do viver. Posso afirmar, a partir das observações que fiz nos atendimentos no pós-parto, na internação e no acompanhamento ambulatorial que, de forma contrária ao que vivi, uma cesariana, praticada para atender às necessidades do médico, que desconsidera a maturidade do bebê e as expectativas da mãe, ou um parto, em que a mulher é constrangida, violentada em seus direitos, produzem constantemente sentimentos de frustração, incapacidade, decepção, dependência e medo. Essas experiências interferem na relação mãe-bebê, de forma mais explícita, nas dificuldades que surgem na amamentação, levando a uma relação de dependência com os especialistas da área da saúde, que passam a ser procurados para resolver quaisquer dificuldades encontradas no dia a dia com os bebês, com a frequente utilização de prontos-socorros.

1.2 DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

Ao mesmo tempo, a produção científica a respeito da experiência do parto e do nascimento, de um modo geral, está resumida a procedimentos médicos, sua eficácia e resultados com relação à prevenção de morte e intercorrências, como por exemplo eclâmpsia e infecção puerperal, hipoglicemia ou problemas respiratórios com os bebês, questões relativas a hemorragias e Apgar¹. São pesquisas que privilegiam os momentos anteriores e posteriores ao parto, o período perinatal.

Não encontrei pesquisas que correlacionem a forma de parir com a potência da mulher no parto, ou as forças vitais que são acionadas neste evento, ou com a produção de subjetividades. Não são correlacionadas informações que tratem da forma de parir e desenvolvimento de outros aspectos da cultura, educação e saúde. Onde mais se pode encontrar essa correlação é em artigos sobre amamentação, onde já está demonstrada uma diferença no desenvolvimento da amamentação entre partos com ou sem utilização de

¹ Índice de Apgar consiste na avaliação de cinco sinais do recém-nascido no 1º, 5º e 10º minuto após o nascimento, sobre a frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Resulta nas classificações sobre as condições de nascimento: sem asfixia, com asfixia leve, moderada ou grave.

anestésicos. Nos sites de busca da Scielo, Base Bireme, Arquivos de Psicologia não obtive resultado para as palavras potência do parto, parto e subjetividade. Os artigos e teses encontrados eram mais específicos sobre os cuidados de enfermagem. Encontrei apenas um artigo² de psicanálise que trata do trabalho psíquico no parto, onde o mesmo é tomado sempre como traumático, o que permitiu identificar diferenças em relação à forma como o parto é compreendido nesta dissertação. A tese de 2011 de Marcele Zveiter “O cuidado de enfermeiras obstétricas Com-A-Mulher-Que-Dá-À-Luz-Na-Casa-e-Parto: uma hermenêutica em Heidegger”, sobre a relação que se constrói no cuidado que a enfermeira presta à mulher que dá à luz na Casa de Parto, trouxe a história de “como” o fazer do dia a dia na Casa de Parto confere a cada uma, enfermeira e mulher que dá à luz, novas possibilidades de ser e de cuidar de si.

Com base nessas observações e experiências, o que foi sendo delineado como objeto deste estudo é a existência de uma potência que se efetua durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Refiro-me a uma potência, mas que potência seria essa? Haveria uma potência própria ao parto? Albertini (2005, p. 33) chama de “competência espontânea para a vida”, um princípio autorregulador que funciona a partir de uma economia energética, uma potência que se exprime em todo ser vivo por sua capacidade de acumulação e descarga energética, sua potência orgástica.

De que forma essa potência se expressa subjetivamente? Que condições determinam a variação dessa potência? Que efeitos podemos pensar a partir dessa variação? Posso dizer, inicialmente, que o que chamo potência do parto pode ser explicado como força vital, potência inerente à vida, que se disponibiliza e pode ser acessada, orgânica e subjetivamente, durante o ciclo que envolve a gestação e o parto e que se estende até a amamentação. Quero pensar de que forma a vivência dessa potência que se atualiza no evento do parto se relaciona com a produção de subjetividades e os modos de gestão da vida.

O foco neste estudo é o trabalho “corpo-mente” que acontece no parto. Por entender que o parto não é um procedimento médico e não está resumido a questões técnicas, busco compreender, da perspectiva da potência do parto, da competência fisiológica do corpo feminino, de que forma o parto se relaciona com a produção de subjetividades no contemporâneo. Nesta dissertação, pensarei as forças que atravessam o corpo feminino no evento do parto e sua variação da potência no parto normal, natural ou na cesariana.

² GARRAFA, Thais. “Ruptura corporal e trabalho psíquico no parto”. Disponível em: <www.seder.org.br/Departamentos/Psicanálise/>. Visualizado em: 02 mar. 2014.

Ao tentar compreender como se constitui a produção de subjetividades por meio do funcionalismo orgonômico de Reich, vimos a necessidade de um aprofundamento sobre a noção de contato orgonótico, que pode ser compreendido como a capacidade de integração entre os processos energéticos, biológicos, autoperceptivos e perceptivos. Essa integração, essa fusão entre matéria e energia, entre as correntes de orgone no organismo, a excitação, a percepção e a autopercepção é que permitiriam, ou melhor, definiriam a qualidade da conexão com o mundo interno e com o mundo externo. Em última instância, é a quantidade de energia disponível e a qualidade de contato que podemos entender como produtoras de subjetividades em suas mais variadas gradações. Para Reich, o contato orgonótico é o elemento mais essencial entre a mãe e o bebê. “O destino depende dele. Parece ser a parte mais importante do desenvolvimento emocional do recém-nascido”³. É o que permite o estabelecimento do vínculo profundo com algo ou com alguém.

Entretanto, vivemos no Brasil contemporâneo uma forte medicalização do parto e uma indução à cesariana sem indicações precisas, ou baseadas em critérios que não são evidenciados na prática como justificativas seguras. A gravidez tem sido interrompida antes da finalização deste evento sexual com prejuízos para a mulher e para o bebê, e com a transformação do parto em propriedade médica. Por outro lado, há uma judicialização que desrespeita o direito constitucional das mulheres sobre seu corpo, em nome do direito à vida do ainda não nascido (Estatuto do Nascituro)⁴. Há um desrespeito ao direito da mulher escolher livremente a posição corporal que adotará no parto (como se houvesse uma única forma de se posicionar em um evento fisiológico que tem por premissa os movimentos do corpo), o local e em companhia de quem desejará estar.

O Brasil tem a maior taxa de cesariana do mundo. Em menos de um século conseguimos modificar a forma de nascimento e muitas mulheres passaram a acreditar que essa forma de ter filhos é melhor, embora as cesarianas matem mais do que os partos “normais”. A transformação do parto em procedimento médico foi de tal forma naturalizada por nossa sociedade que o questionamento desse fato é recebido como ataque à cesariana ou ao direito de “escolha” da mulher.

Por outro lado, uma parcela significativa e crescente da população deseja o parto natural sem o intervencionismo padronizado dos atendimentos hospitalares. Esse fato coloca-nos a questão anterior sob o ponto de vista da efetuação da potência que se atualiza no parto.

³ “The future fate of the child depends on it. It seems to be the core of the newborn infant’s emotional development.” (REICH, 1983, p. 99). Tradução livre da autora.

⁴ Projeto de Lei 478/2007.

Isto nos leva a buscar as razões pelas quais o parto tem sido alvo de tantos procedimentos médicos invasivos e a nos voltar para as questões da ordem da produção de subjetividades. Cabe indagar que modos de subjetivação podem ser produzidos quando a mulher vive esse evento fisiológico a partir da potência do funcionamento do seu próprio corpo e por quais razões se busca impedir ou coibir a manifestação dessa potência.

No curso de graduação de Psicologia, com uma maioria de mulheres, é expressivo o desconhecimento e o grande interesse em discutir um assunto que começa a povoar o pensamento desse grupo de jovens. Por outro lado, é muito impressionante a mudança radical pela qual passou o evento do parto nos últimos cinquenta anos sem que os jovens possam percebê-la e questioná-la, como se fosse uma consequência do desenvolvimento ou já estivesse sempre aí, fosse assim mesmo, como algo imutável.

Lembro de Reich ao falar a respeito de organizações sociais autoritárias, sobre a oposição criada entre a vida vegetativa – colocada como primitiva, animal, inferior – e a vida cultural apresentada como substituta, superior, símbolo de desenvolvimento. Neste trabalho, não há uma oposição entre cultura e natureza; entendemos que há uma semelhança entre a perspectiva spinozana de uma única substância e o pensamento reichiano que entende o homem enraizado na natureza, ou em suas palavras, “é sempre um sinal de ignorância ou orientação mística colocar o homem e suas emoções fora do âmbito da natureza física”. (REICH, 2003, p. 192).

Nesta dissertação trazemos uma discussão da perspectiva política do pensamento funcional de Reich, especialmente desenvolvido para pesquisar a vida viva, em suas variações afetivas, constituídas no atravessamento dos campos biológico e social, assunto tão caro e tão raro na psicologia, embora seja sistematicamente excluído de seus currículos acadêmicos.

Reich constrói uma teoria que permite explicar de que forma uma prática educacional pode ter o sentido de preservar no homem a sua aptidão para agir livremente, ou, por seus métodos e relações pessoais, afetivas e políticas entre educadores e educandos, incapacitá-lo para a independência. (SAMPAIO, 2007).

Cecília Coimbra observa como a “entrada” da orgonoterapia no Brasil veio destituída do caráter transformador da militância política de Reich em torno da questão da economia sexual, tendo sido privilegiado “o aspecto mais adaptável da obra reichiana à produção das subjetividades capitalísticas”. (COIMBRA, 1995, p. 277). Neste trabalho, diversamente, queremos dar destaque ao caráter político do pensamento reichiano, seguindo uma perspectiva na qual conhecimento e afeto não sejam dissociados, fazendo um contraponto aos processos de subjetivação em curso na era da cesariana em massa.

Esclarecemos que, neste trabalho, o termo parto cirúrgico ou cesáreo está focalizando tão somente as *cesarianas desnecessárias*, aquelas realizadas sem respaldo científico⁵, sem informação sobre critérios de indicação, e sobre os riscos implicados na cirurgia (tanto para a mulher quanto para o bebê), ignorando muitas vezes a imaturidade do bebê e o desejo da mulher de ter uma parto vaginal. Nestes casos, queremos pensar a produção de subjetividades a partir da forma de condução do pré-natal e da cesariana, e seus desdobramentos no puerpério relacionados à capacidade de amar, onde são utilizados argumentos que sugerem habitualmente incapacidade ou incompatibilidade da mulher ou do bebê (cordão enrolado no pescoço, desproporção cabeça/pelve, falta de dilatação, bebê muito grande, mal-posicionado, etc.) para induzir ao parto cirúrgico. Assim, não nos referimos aos casos onde a cesariana salvou a vida da mãe, do filho ou de ambos, nem aos casos onde há um impedimento de ordem biopsíquica que impeça o parto de transcorrer de forma fisiológica. Sabemos também que um medo irracional, ansiedade ou depressão patológicas, entre outras biopatias, são critérios que podem não recomendar o parto natural em algum momento.

Além disso, na utilização do termo “parto natural”, ou parto fisiológico, tomo de empréstimo a explicação de Tornquist (2002) quanto a não tratar de reificar o *natural*, mas como designação empírica das práticas de parto que buscam menos intervenção médica sobre o corpo no evento do nascimento. Estamos nos referindo ao funcionamento normal do corpo, “o que é universal e atravessa culturas”. (ODENT, 2000). Portanto, sugiro que o leitor disponha-se a pensar na relação entre a forma como nascemos e a vida que estamos vivendo, construindo para nós e para as próximas gerações.

1.3 INDICAÇÕES TEÓRICAS

Partimos de uma base científica natural ao utilizarmos o conceito de potência orgástica em Reich e de conatus em Spinoza. Tanto o filósofo do século XVII como o médico do século XX dedicaram-se a pensar a função vital, a potência de perseverar no ser, em uma perspectiva do funcionamento humano como parte da substância única, Deus-Natureza, que percebe a vida e a si próprio por meio de sua capacidade afectiva (do corpo) e afetiva (da mente).

Em nossa tentativa de compreensão dessa realidade sensível, buscamos “às apalpadelas” tocar o plano de onde podemos dizer dessa experiência transdisciplinar. Ao

⁵ FEMINA, set. 2010, vol. 38, n. 10 – Artigo de revisão realizado por Alex Sandro Rolland Souza, Melania Maria Ramos Amorim, Ana Maria Feitosa Porto – Centro de Atenção à Mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Recife (PE), Brasil.

tratarmos da **potência do parto** e da subjetividade como expressões da capacidade de contato e das condições que dão suporte e determinam a variação das mesmas, não temos outra saída a não ser buscar teorias, noções, conceitos e ideias em diferentes campos do saber, naqueles onde se expressa a vida vivida. Ao nos voltarmos para o estudo de uma matéria tão efêmera, sabemos que teremos que transgredir os limites rígidos de uma certa racionalidade científica que tenta impor ao vivo lógicas que lhe são exteriores.

Na mesma direção, Reich desenvolveu um método específico que chamou “pensamento funcional” para compreender “exatamente como a vida orgânica e a vida inorgânica influenciam, condicionam e mudam uma à outra”. (REICH, 2003, p. 111). Afinal, a **potência do parto**, ou as subjetividades, são feitas de que matéria? Biológica, psicológica, fisiológica, afetiva, orgânica...?

Portanto, orientada pela perspectiva movente do nosso próprio objeto de estudo, tomaremos de guia neste trabalho uma perspectiva transdisciplinar (RAUTER, 2012) que permite a utilização de diferentes campos do saber para que se possa compreender a dimensão do vivo em suas infinitas composições. Podemos dizer que transdisciplinarizar é, nessa compreensão, uma autorização a usar o saber da forma como é exigido a cada momento pelo campo vital, o que nos coloca em um campo de dispersão por oposição a um campo do saber que se pretenda “universal e ordenado [...] [estabelecendo] parentescos ‘não autorizados’ [...]”. (RAUTER, 2012, p. 19).

Nos aproximamos da filosofia, do pensamento funcional, da fisiologia, da organoterapia, da amamentação, da gestação e do nascimento para pensar na experiência do parto. Colocamo-nos no entre, fomos despertados por cada situação a uma composição singular, no exercício de compreender o que chamamos potência do parto, essa experiência fundamental, transdisciplinar por excelência.

Nessa perspectiva, faremos um uso operatório de alguns conceitos spinozanos, como proposto por Laurent Bove, sobre “princípios fundamentais” da teoria dos afetos (BOVE, 2010a). Bergson, referência importante na teoria reichiana, ajudará a pensar a intuição como forma de conhecimento que o corpo atualiza no momento do parto. Para pensar o que chamamos “**potência do parto**” e sua relação com a produção de subjetividades em uma dimensão psicocorporal, as noções de contato, autorregulação e potência orgástica serão investigadas a partir da pesquisa que Reich empreendeu sobre a natureza da sensação. Usaremos as pesquisas de Michel Odent sobre o funcionamento fisiológico do parto e sua importância para o estabelecimento do vínculo e da capacidade de amar. O conceito de

“preocupação materna primária” de Winnicott nos permite estabelecer uma relação entre o contato, em Reich, e as pesquisas de Odent sobre a fisiologia do parto.

A ideia de Reich, de que a estrutura psíquica é ao mesmo tempo estrutura biofísica, parece estar em consonância com o pensamento de Spinoza de que tudo que acontece no corpo acontece na mente. Apesar de não mencionar o nome de Spinoza em seus escritos, o filósofo encontra-se entre os autores em quem se inspirou para escrever *O Assassinato de Cristo* (1987). Para Reich, um dos graves problemas que tornam o método científico mecanicista incapaz de pesquisar a vida viva é que, em sua intenção de tornar objetivas as impressões subjetivas dos pesquisadores, a pesquisa se estabeleceu sobre o corpo morto. (REICH, 2009, p. 103). Entretanto, assim como no pensamento de Spinoza, também na teoria de Reich os afetos estão ancorados no corpo e são a base da racionalidade, perspectiva que tornam razão e emoção inseparáveis.

No Capítulo I faremos uma contextualização do parto no Brasil contemporâneo, o fenômeno da cesariana em massa e o desejo crescente de mulheres pelo parto domiciliar, com menos intervenções e garantia de direitos de assistência. Apresentamos Michel Odent e a perspectiva fisiológica das pesquisas sobre o fenômeno da utilização de hormônios artificiais para indução dos partos e suas consequências, destacando as principais intervenções que vêm ocorrendo neste evento: o constrangimento do movimento do corpo feminino no parto e a separação mãe-bebê. Além disso, definimos o parto como processo orgástico.

No Capítulo II apresentaremos a visão de Reich e de Winnicott sobre o início da vida e a expressão “preocupação materna primária” que Winnicott utiliza para falar da capacidade de sintonia materna. A seguir, destacamos a improbabilidade desta função ser ativada na cesariana e as consequências para o recém-nascido. Além disso, são trazidos dados sobre a história da hospitalização do parto e as incoerências que levam ao fenômeno da cesariana em massa no contemporâneo. É feita uma observação quanto ao caráter dissociado, que se relaciona ao tratamento dispensado a mães e bebês em maternidades. Introduzimos o estudo sobre movimento e as coordenações bioenergéticas como condições essenciais de saúde definidas por Reich. Será apresentada a fórmula do orgasmo e sua importância para os estudos que se seguirão sobre contato e potência orgástica, o encorajamento e impotência, levando à produção de biopatias que são relacionadas à cesariana como disfunções da capacidade de contato e da potência orgástica, levando à disfunção hormonal como consequência do medo.

No Capítulo III apresentaremos as configurações biopolíticas que nos ajudam a pensar sobre a cesariana em massa e a produção de subjetividades no contemporâneo. A teoria dos

afetos na Ética de Spinoza será relacionada à questão da potência e do contato em Reich para pensar os afetos tristes que diminuem a capacidade de agir, no medo e no desconhecimento das causas dos afetos. Na sequência, trataremos a discussão da cesariana enquanto desejo de não desejar, resignação ou resistência. A questão apontada por Reich como biopolítica é importante para pensarmos na questão epigenética, as mudanças que estão ocorrendo em função de “heranças afetivas”. Neste contexto, descrevemos o percurso do pré-cesárea, o pré-natal que prepara para uma cesariana desnecessária pela produção de subjetividades inseguras, irresponsáveis, impotentes, ao lado de dados surpreendentes de que setenta por cento das brasileiras querem um parto normal. Fazemos um estudo sobre contato e afeto, e suas relações com a dor do parto. Mencionaremos também o projeto Crianças do Futuro e o tratamento desenvolvido por Reich para tratar as biopatias, a orgonoterapia.

No Capítulo IV trataremos o parto sob perspectivas diversas, relacionando-o a potências criadoras e curativas, a partir das histórias de Adelir e da resistência da Casa de Parto David Capistrano Filho, além do movimento das mulheres inglesas e o Manifesto do Parto Ativo.

2 CAPÍTULO I

2.1 NASCER OU SER NASCIDO

Vivemos, no Brasil de 2014, o testemunho de uma intensa luta de forças: por um lado, estatísticas apontam para a hegemonia de cesarianas desnecessárias, a naturalização da prematuridade e da internação de bebês em UTIs como rotina pós-nascimento; por outro, concomitante a este intenso processo de medicalização, uma parcela significativa da população deseja ter seus filhos em casa, casas de parto, ou mesmo no hospital, sem o intervencionismo excessivo e das rotinas padronizadas da assistência obstétrica hospitalar.

Mais do que simplesmente um retorno ao parto domiciliar, o século XXI inaugura a história de mulheres e casais que desejam viver o evento do nascimento em um ambiente que respeite as necessidades de proteção e privacidade necessárias ao bom funcionamento da fisiologia do parto, com o apoio dos recursos especializados e de um suporte hospitalar, caso seja necessário. Uma proposta de utilização das informações que a tecnologia pode oferecer, ponderando entre custo e benefício, os efeitos positivos e negativos que as intervenções exercem sobre o processo fisiológico no parto, no pós-parto e na amamentação. Mulheres e casais que buscam uma espécie de ritualização contemporânea que envolve a celebração do nascimento do bebê em um ambiente menos agressivo, facilitador dessa passagem do meio intraútero aquático para o meio aéreo. São partos cercados de toda informação acumulada, formal e informal, na busca de vivências que potencializem o corpo para uma experiência de prazer e uma conexão entre a mãe e o bebê na hora do nascimento, que envolva uma determinada dimensão psíquica de partejamento do ser humano filho e do ser humano mãe.

Fora do reducionismo simplista entre parto normal ou cesariana, o universo contemporâneo do parto envolve um campo de discussão atravessado por uma complexidade de fatores. Sob muita tensão, resistência à mudança e conflito de interesses, o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN)⁶, do Ministério da Saúde (MS), dentre outras esferas, tem problematizado questões que vão desde a melhoria da assistência de um modo geral, incluindo o direito de escolha informada, passando pela discussão sobre as evidências de segurança dos modelos de assistência ao parto; direitos das mulheres; colocando luz sobre os vieses de gênero que condicionam a assistência: a superestimação da tecnologia e a

⁶ Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, Portaria/GM nº 569, de 01 jun. 2000.

minimização dos efeitos iatrogênicos, além da imposição de sofrimento e desrespeito ao parto com intenção de valorizar a cesariana de rotina, dentre muitos outros aspectos. (DINIZ, 2009).

A ideia de que a mulher não é competente para parir vem sendo problematizada a partir de vivências que agregam, de forma inédita, os saberes das parteiras, de terapias não invasivas, de recursos não farmacológicos para alívio da dor (fitoterapia, acupuntura, homeopatia, aromaterapia, massagem), que estão em perfeita consonância com as Recomendações da OMS⁷, apesar da forte oposição dos conselhos regionais de medicina do Brasil. Este movimento, constituído por enfermeiras-obstetizes, parteiras qualificadas⁸, doulas, médicos, psicólogos, coletivos femininos, estudantes e outros interessados, inclusive ações do governo, vem-se expandindo e capilarizando, criando um caldeirão de informação e experiências, tornando acessíveis conhecimentos que antes eram transmitidos apenas de forma oral entre parteiras, rezadeiras ou entre profissionais, e que hoje se misturam e agregam a diversos outros saberes e se disseminam em rede. Este fenômeno, que podemos interpretar como resistência ao exacerbamento do processo de medicalização e à imposição de um modelo hegemônico de atenção ao parto, aponta para uma problematização que abrange o sentido ético-político-estético envolvido na produção e reprodução da vida, e sua relação com o paradigma de sustentação e regulação da vida corrente, pressionando em direção à necessidade de novos valores que sustentem formas de gestão mais autônomas e protetoras da saúde, do corpo, da natureza e da vida.

Foucault evidencia como a sociedade capitalista investiu o corpo como realidade biopolítica, e a medicina como estratégia. “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo.” “*E o biopoder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável do capitalismo.*” (FOUCAULT, 1988, p. 153).

Se no passado a “mulher histérica” era o alvo (FOUCAULT, 1988), na família contemporânea a “mulher incapaz de parir” é um dos novos objetos do biopoder. A ideia

⁷ Participação das mulheres no desenho e avaliação do programa, liberdade de posições no parto, presença de acompanhantes, fim da raspagem dos pelos, não episiotomia de rotina e indução ao parto, taxas de cesariana inferiores a 10%, e outras. **Maternidade Segura**. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático. OMS, 1996. Disponível em: <<http://abcdoparto.com.br/Assistencia/AssistenciaPartoNormal-OMS.htm>> Acesso em: 13 out. 2014.

⁸ O **Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais**, do Ministério da Saúde, capacitou/qualificou, entre 2000 e 2010, aproximadamente 1755 parteiras tradicionais nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Roraima e São Paulo. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152>. Acesso em: 04 set. 2014, 16:08h.

difundida a partir do discurso da ciência é que a mulher não sabe como parir, ou que parir é perigoso. O coroamento desse pesado investimento sobre a sexualidade em nossa sociedade não foi o desenvolvimento de uma “ars erotica” como Foucault aponta que ocorreu na cultura oriental, propiciando um conhecimento de si por meio da exploração sensual do corpo e da alma. Ao contrário, a invenção de uma “scientia sexualis”, baseada em um conhecimento produzido sobre classificações e normatizações, fez com que, no Ocidente, cada um passasse a perscrutar em si uma identidade baseada nos parâmetros de controle definidos pelo sexo, e não um autodesenvolvimento baseado no conhecimento de seu próprio corpo por meio da experiência sexual. A mulher, assim como todos no sistema capitalista, é levada desde criança a crer na sua incapacidade, na sua constante e crescente dependência de todo aparato biotecnológico para que possa ter uma vida sexual, conceber, gestar e parir. “O poder tomou de assalto a vida”, colonizou, invadiu, escravizou cada função, pensamento e até mesmo os afetos (PELBART, 2006). Na bioindústria contemporânea, nada mais produtivo do que a cesariana. Um procedimento que atua na matriz/produto na hora do nascimento (na verdade, bem antes), sendo, ao mesmo tempo, causa e efeito que inaugura uma esteira interminável de medicalização da vida, até seu último suspiro, na morte. “A supressão sexual torna-se um instrumento essencial à escravização econômica.” (REICH, 1975, p. 199). É surpreendente como esta frase de Reich cabe tão perfeitamente para a questão que ora tratamos.

2.2 O BRASIL É CAMPEÃO MUNDIAL DE CESARIANA

Compondo o cenário descrito acima, o Brasil figura em âmbito mundial como campeão de cesarianas eletivas⁹, ignorando de forma recorrente as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No ano de 2012¹⁰, o Brasil chegou ao patamar de 82% de cesarianas no setor privado e 37% no público, em um universo de seis milhões de nascimentos anuais. A taxa de cesariana, que não deveria ultrapassar os quinze por cento, de acordo com a OMS, foi superada em mais que o dobro no serviço público, podendo chegar a cem por cento em algumas instituições do setor privado. Ainda de acordo com a OMS¹¹, as indicações de que sejam respeitados o processo fisiológico, a livre escolha de posição para parir e a amamentação na primeira meia

⁹ Cirurgia feita antes de a mulher entrar em trabalho de parto.

¹⁰ BRASIL, 2012.

¹¹ Disponível em: <www.saude.rj.gov.br/component/docman/cat_view/81-humanizacao.html?Itemid=588>. Acesso em: 20 jun. 2014.

hora pós-parto são quase totalmente descumpridas, independente de se tratar de instituição pública ou privada.

O que soa estranho em países como Holanda, Suécia, França ou Reino Unido, onde a maioria dos partos são acompanhados por parteiras e o médico só é acionado quando necessário, no Brasil é muito comum: uma gestante pode fazer uma cesariana sem qualquer indicação de risco para o parto vaginal, e uma gestante que necessita de uma cesariana pode ser exposta a um parto espontâneo, ou, ainda, uma gestante de baixo risco pode ter um parto complicado por intervenções, como aceleração e indução com uso de hormônio artificial, e precipitação do parto com consequências graves para o bebê e a mulher.

“O paradoxo perinatal: fazendo mais e conseguindo menos” é o termo criado por Rosenblatt (DINIZ, 2009) a respeito da incoerência da situação, que tem sido responsável por manter elevadas as taxas de mortalidade materna no Brasil, apesar de terem melhorado todos os indicadores de saúde materna, o acesso aos serviços e a universalização da assistência pré-natal. Diniz¹² (2009) atribui esse resultado ao uso desnecessário e intensivo de tecnologia sobre a população de baixo risco, provocando danos iatrogênicos. Em sua avaliação, as mulheres brasileiras sofrem por excesso de tecnologia inapropriada, quando não necessitam, e morrem por falta de tecnologia adequada, quando precisam.

É importante ressaltar que no processo de hospitalização do parto foi sendo criada uma cultura de intervencionismo, que está referida tanto ao parto vaginal quanto ao parto cesáreo. O parto normal, realizado no hospital, baseia-se em uma série de rotinas que interferem no funcionamento fisiológico do ciclo gravídico-puerperal restringendo o movimento corporal da mulher, que passou a ser obrigada a ficar deitada de barriga para cima para facilitar os procedimentos médicos, condicionando o parto cada vez mais à utilização de medicamentos e procedimentos para reparar as funções prejudicadas nesse percurso.

Todas as formas de restringimento do movimento espontâneo do corpo, no processo do parto, têm como consequência atrapalhar o intenso processo orgástico que acontece nesse período, os sucessivos movimentos de contração e relaxamento, que culminam com a expulsão do feto e, posteriormente, com a expulsão da placenta. Acredito que possa afirmar, de acordo com a fórmula do orgasmo de Reich, que o funcionamento do parto pode ser comparado a um intenso processo orgástico, sem risco de incorrer em engano. De acordo com Baker,

¹² Médica formada pela USP, pesquisadora destacada em saúde materna, professora da Faculdade de Saúde Pública na USP, autora de vários livros, coordenadora regional do Inquérito Nascer no Brasil (2010-2012).

Para manter sua saúde, a pessoa precisa de uma descarga orgástica a intervalos aproximadamente regulares, dependendo das circunstâncias que governam outros mecanismos de descarga bem como o montante de energia disponível. O orgasmo é o único mecanismo, além do parto, capaz de descarregar todo excesso de energia e de mantê-la num nível econômico. (1980, p. 37).

Nesse sentido, a intervenção sistemática no corpo da mulher durante o processo do parto tem consequências tanto para a mãe quanto para o bebê¹³, e vão além dos problemas biopsíquicos que podem ocasionar.

2.3 JOGANDO OURO NO LIXO

Para Michel Odent¹⁴ (2009), o ponto nevrálgico dessa configuração no Brasil contemporâneo são os efeitos produzidos pela intromissão sistemática entre a mãe e o bebê no período perinatal. Segundo o autor, de acordo com pesquisas etnográficas e antropológicas, ao longo de milhares de anos o bebê tem sido retirado da mãe imediatamente após o parto. Em todas as sociedades passíveis de estudar, e nas quais a necessidade de desenvolver a agressividade foi essencial para a sobrevivência, essa separação mãe-bebê é verificada. Crenças como a do colostro que faz mal ou que é perigoso a troca de olhares entre mãe e bebê logo após o nascimento, ou em rituais onde é preciso entregar o bebê imediatamente ao pai ou xamã, essa separação é perpetuada. (ODENT, 2009).

O mesmo condicionamento cultural acontece na contemporaneidade na prática de rotinas médico-hospitalares onde afasta-se o bebê imediatamente após o nascimento para realização de aspiração, avaliação de sinais vitais, limpeza, aplicação de colírio e outros procedimentos. De diferentes maneiras, portanto, essa interferência incide sobre o “período crítico” para o estabelecimento do apego, diretamente condicionado por processos fisiológicos, psíquicos, emocionais que acontecem nesse período de restauração do equilíbrio das funções vitais de ambos, mãe e bebê, enquanto ainda se encontram na relação simbiótica sustentada pela conexão do cordão umbilical. Esta intervenção, que se tornou tão naturalizada em nossa sociedade, é um ato violento contra o instinto de proteção materno. Se interferimos

¹³ Observações realizadas durante os atendimentos de psicologia prestados junto à equipe do “Ambulatório de follow-up de recém-nascido de alto risco, de zero a treze anos”, pesquisa coordenada pela pediatra Maria Amélia Sayeg, 2002-2004, Maternidade-Escola da UFRJ.

¹⁴ Michel Odent é médico, parteiro e pesquisador da fisiologia do parto, fundador do Primal Health Research Centre em Londres, 1986, centro de pesquisas que correlaciona a forma de nascer e eventos no período primal – inclui a vida fetal, o nascimento e o primeiro ano do bebê – e sua relação com a saúde ao longo da vida e com o desenvolvimento de patologias características de nossa época.

da mesma forma na relação entre a mãe e o filhote de outros mamíferos, a reação é imediata: a mãe rejeita a cria. (ODENT, 2000).

O problema não se reduz à escolha entre parto normal e cesariana. Segundo Odent (2009), a maior intervenção que está ocorrendo hoje no mundo é a utilização de hormônio sintético para indução do parto e expulsão da placenta, não importando se o parto for vaginal ou cirúrgico. A consequência, segundo relata, é que quando se introduz o hormônio sintético deixa de existir o efeito comportamental do principal hormônio do parto, a ocitocina, chamado também de “hormônio do amor”. De acordo com as explicações de Odent sobre a função comportamental desse hormônio, imaginamos que as primeiras impressões que os encontros promovem ou as impressões que temos ao entrar em determinados ambientes sejam conferidas por esse ambiente afetivo engendrado pelos hormônios. Como dito anteriormente, interferimos diretamente nessa crítica e específica hora pós-parto, momento crucial do primeiro contato entre a mãe e o bebê e em todas as condições que são disponibilizadas e catalisadas nesse encontro.

Para Michel Odent (2013, p. 24), os resultados de uma pesquisa realizada na China, no Brasil, na Europa e nos Estados Unidos apontam que o número de mulheres que dá à luz com a produção de ocitocina natural é insignificante, em termos de civilização. Estamos gerando uma modificação drástica no funcionamento humano ao neutralizarmos o hormônio responsável pelo parto, pela amamentação e pelo orgasmo.

Em uma perspectiva fisiológica, Odent identifica no homem contemporâneo um tipo humano extremamente inteligente, com uma grande agressividade e potencial destrutivo: o “homo superpredador”, que demonstra uma fraca capacidade de amar e dificuldade para se relacionar, que estaria neutralizando os hormônios do amor, tornando-os inúteis. (ODENT, 2010). Em sua análise sobre a evolução da humanidade, o autor chama atenção para as mudanças que resultaram da necessidade de dominação da natureza, que hoje estariam colocando em risco “a saúde do planeta e a sobrevivência das espécies”. (2009, p. 63). Para Odent, o objetivo não é eliminar a cesariana, cirurgia maravilhosa de emergência, mas fazer com que o máximo de mulheres possa “dar à luz bebês e placentas”, com seus próprios hormônios.

Ao mesmo tempo causa e consequência das intervenções tecnológicas no parto, esse fenômeno da supressão dos hormônios do parto está relacionado à prática padronizada de serviços médico-hospitalares que utilizam hormônio sintético, de forma indiscriminada, sem

registros¹⁵ nos prontuários, da forma e dosagem em que são utilizados para indução e aceleração dos partos em maternidades no mundo todo. Da mesma forma, “não temos informação sobre episiotomia no Datasus, corte do períneo, ainda largamente praticado no Brasil”¹⁶. Para Diniz, o modelo de assistência ao parto no Brasil “nem é seguro, nem efetivo”, está fundamentado mais em preconceitos, crenças irracionais sobre o corpo da mulher, autoritarismo, cirurgificação do parto, monopolizado por profissionais que em sua formação têm a grande probabilidade de jamais “terem tido a oportunidade de acompanhar um parto fisiológico planejado. A não ser (por acidente), no corredor do hospital”¹⁷.

2.4 O PENSAMENTO FUNCIONAL E O ESTUDO SOBRE A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES

O método de pesquisa funcional, que Reich (2003) desenvolveu para investigar as interconexões entre as funções perceptivas e as condições energéticas no organismo, representa para a discussão da subjetividade um sistema de pensamento que contempla as mudanças que são engendradas no funcionamento do corpo, partindo da concepção paradigmática de que o campo psicológico é proveniente do campo social e este se origina do funcionamento biológico, essencial para pensar as mudanças que vêm ocorrendo no parto.

Ao diferenciar um ser humano encoraçado, Reich mostra como os níveis micro e macropolíticos são indissociáveis na medida em que a percepção individual condiciona a realidade que é projetada nas relações, no trabalho e na vida social.

Uma vez que a percepção de si realmente colore todas as outras sensações, e dado que a sensação é o filtro através do qual o mundo se torna manifesto para nós, o tipo de sensação determina o tipo de percepção e de julgamentos. Essa conclusão [...] se aplica ao ser desencoraçado, bem como ao ser encoraçado. (REICH, 2003, p. 60).

A associação entre as informações sobre o funcionamento do corpo, descrito por Reich, e o funcionamento fisiológico no parto nos leva a supor que um dos efeitos da produção hormonal ocitocínica (ODENT, 2013) no parto é a intensificação do contato entre a mãe e o bebê, permeada por endorfinas e opiáceos que produzem sensação de prazer e

¹⁵ Informação oral dada pelo autor no curso de Ecologia do Parto e do Nascimento no Rio de Janeiro, em 2 mar. 2013, palestra gravada.

¹⁶ PORTELLA, Mariana; MONTEIRO, Allan. Entrevista sobre parto humanizado com Simone Diniz. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/53-entrevista-sobre-parto-humanizado-com-simone-diniz>>. Acesso em: 4 de set. 2014.

¹⁷ Cf. nota 16.

estimulam sentimentos de codependência. A constatação por Odent (2013) de que a mãe precisa do bebê depois do parto remete à delicadeza do funcionamento fisiológico nesse momento, que se estende como continuidade do evento sexual da gestação e do parto, pelo período da amamentação. Neste percurso, que tem seu ápice no pós-parto imediato, com a expulsão do feto, a extrema complexidade do processo de produção do coquetel de “hormônios do amor” merece atenção.

O que faz a necessidade desse momento, entretanto, ser tão diferente da lógica padronizada de atenção ao parto (afastamento e hotelaria), não é apenas com relação ao tempo, e isso é importante esclarecer. Diz respeito à maneira como as forças que estão presentes na hora do nascimento se compõem, engendrando o novo. Ou, se assim não o for, “o novo já nasce velho”¹⁸, padronizado dentro de uma forma extremamente pobre de compreender o nascimento da vida para a vida.

2.5 APENAS DEPOIS DO PARTO

Será que não dispomos de uma hora para permitir que mãe e bebê se encontrem em intimidade logo depois do parto?

Apenas depois do parto, como constatado por pesquisa sueca, de Kerstin Uvnas Moberg (ODENT, 2013), a mulher tem capacidade de produzir a maior quantidade de ocitocina que se pode produzir durante a vida para a expulsão da placenta sem o perigo de hemorragia. Mas a ocitocina, como hormônio principal do parto e das diversas formas de amar, tem características que o fazem extremamente favorecedor do apego no início da relação mãe-bebê. É um hormônio que não é produzido de forma isolada, seus altos níveis de produção estão condicionados à produção da prolactina, hormônio da amamentação, seu hormônio complementar. Essa “amarração”¹⁹ propicia que mãe e bebê estabeleçam um encontro que vai marcar esse momento em tudo que irá se desenrolar a partir do agora, início da relação mãe-bebê em meio à amamentação. Cada hormônio do coquetel de hormônios produzidos no parto desempenha um papel na constituição desse ambiente inicial da vida. Tanto o bebê como a mãe produzem opiáceos, que no pós-parto impregnam ambos por algum tempo, gerando uma vinculação afetiva que é marcada por sensações de relaxamento e prazer.

¹⁸ O Rappa, música “O Novo Já Nasce Velho”.

¹⁹ Michel Odent explica em seu livro *A cientificação do amor* como sendo um fenômeno de atração seletiva entre substâncias informativas e seus receptores. Acontece no nível celular, e “pode ser visto como amor em nível molecular”.

A necessidade que a mãe tem do bebê e que o bebê tem da mãe parece estar na base da capacidade de amar, enunciada por Reich (1975, p. 16), como a condição básica para a saúde.

De acordo com pesquisas sobre os recém-nascidos, se o bebê ficar pele a pele com a mãe na primeira hora de vida ele permanecerá olhando diretamente para o rosto e os olhos da mãe. O que muitos ainda pensam, que o bebê não consegue enxergar direito ao nascer, não é totalmente verdade. Apesar do respeito que devemos ter com sua necessidade de adaptação à luz, já que esteve nove meses na penumbra uterina, a enxurrada ocitocínica desse único momento pós-parto é capaz de conferir um foco e uma acuidade especiais à visão do recém-nascido, “toda a energia parece estar canalizada para a visão e audição”, o que permite que assimilem grande parte do seu ambiente, respondendo e adaptando-se a ele. Muitas pessoas acreditam que o recém-nascido precisa de ajuda para mamar. Mas o bebê é capaz de encontrar o seio por si mesmo e começar a mamar sem precisar de ajuda, basta colocá-lo sobre o ventre da mãe assim que ele nasce. (KLAUS, 2001).

Se conseguirmos compreender esse momento privilegiado nos primórdios da vida, podemos tentar proteger as necessidades da mulher no parto.

2.6 OCITOCINA E PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA

Podemos associar esse momento na relação mãe-bebê ao conceito de “preocupação materna primária” ou ambiente especializado, como denominado por Winnicott (1978), ambiente corporal condicionado na hora do parto por estes hormônios específicos, que produzem um sentimento de codependência e apego, e estão presentes no corpo do bebê e da mãe ao mesmo tempo. Quando o bebê, ainda ligado ao cordão umbilical, vem para o colo da mãe, um e outro podem experimentar sensações e sentimentos da qualidade do orgasmo – prazer, entrega, contato profundo, segurança, relaxamento, conexão –, apesar de todo trabalho corpo-mente exigido no parto. Winnicott (1978) denominou *preocupação materna primária* a condição psicológica que observou na mulher saudável, do final da gravidez até algumas semanas depois do parto – estado caracterizado por uma sensibilidade aumentada, biologicamente determinada – que capacita a mulher a responder às necessidades iniciais do bebê, fornecendo “um *setting* no qual o bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida”. (p. 495).

De forma contrária, quando a mulher recebe hormônio substituto, ocitocina sintética, o resultado é apenas o estímulo das contrações uterinas, não há produção concomitante de

endorfinas e opiáceos, como explica Odent. Mãe e bebê, separados um do outro, não relaxam, sentem dor e produzem adrenalina, hormônio do medo. Dessa forma, o primeiro contato do bebê com o mundo acontece sob os efeitos do medo, da contração, do desconforto e da insegurança. Nesta circunstância, a mãe estará com uma debilidade em sua capacidade de ser o “ambiente especializado”, como acontece quando as condições permitem o funcionamento da “preocupação materna primária”.

Além disso, sem as endorfinas e opiáceos naturais, sob dor e tensão, a ideia de que o parto é um evento patológico, que causa sofrimento e dor, vai sendo ratificada a cada nascimento em que não se respeita o processo fisiológico, como sendo realmente um evento para o qual são necessários procedimentos médicos. Da mesma forma que os sentimentos de medo e insegurança são apresentados ao bebê e à mãe como representando esse momento, esse afastamento no período crítico pode significar um *imprinting* onde os subsequentes afastamentos precoces são tratados com naturalidade, como no caso do curto período de licença-amamentação e no retorno ao trabalho, ou na ida precoce para as creches.

Na compreensão de Reich,

a proteção da vida exige o pensar funcional [...] O que está em jogo é a escolha entre ferramentas boas e ruins para reconstruir e reorganizar a sociedade humana. Uma ferramenta por si só não tem como realizar essa tarefa. [...] Logo, é a estrutura do caráter humano que determina como a ferramenta será feita e qual será sua finalidade. (2003, p. 10).

As recomendações da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)²⁰, para favorecer o contato pele a pele e a amamentação na primeira meia hora pós-parto, se baseiam no reconhecimento da importância deste momento como facilitador do estabelecimento do vínculo afetivo e da amamentação; por estimular a contração uterina e expulsão da placenta, evitando hemorragias e infecção puerperal; pela estabilização da temperatura, dos batimentos cardíacos e do ritmo respiratório do recém-nascido, e estimulação de todas funções mediadas pelo contato pele a pele mãe-bebê. (D'ARTIBALE, BERCINI, 2013).

Embora sejam determinações instituídas pela “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” e pela Política de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), favorecer o contato do bebê com a mãe no pós-parto continua sendo uma prática difícil de ser instituída como rotina na assistência, em função do atendimento fragmentado, que prioriza critérios biológicos em detrimento de aspectos emocionais ou psíquicos, que valoriza a cesariana em detrimento do

²⁰ Disponível em: <www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Visualizado em: 04 jul. 2014.

parto normal. A questão, portanto, não se esgota meramente no que fazer, depende fundamentalmente de *como*²¹ fazer.

A advertência de Reich (2003) sobre médicos e pedagogos e sua incapacidade de perceber a energia em seu próprio organismo – melhor dizendo, a incapacidade de contato orgonótico, contato com seus próprios sentimentos e com os sentimentos alheios –, talvez explique em parte o que tem acontecido com relação ao parto. Dizemos em parte porque sabemos que essa é uma questão complexa que não temos a pretensão de esgotar.

Reich (2003, p. 11) explica que “a pessoa encouraçada, mecanicamente rígida, pensa de forma mecanicista, produz ferramentas mecanicistas e cria uma concepção mecanicista da natureza”. A incapacidade de ser espontâneo, de se identificar e comprometer com o outro ou com o ambiente faz parte da condição subjetiva engendrada pelo “homo superpredador”, que podemos dizer enquadrar-se dentro do diagnóstico *peste emocional* estabelecido por Reich (1989) como uma doença de massa, de caráter contemporâneo, que expressa o ódio ao vivo como um dos efeitos da perturbação da capacidade de amar.

A couraça afeta a capacidade de sentir, de pensar, de agir. Afeta a quantidade de energia, a disposição corporal, os movimentos, os sonhos, a capacidade de criar, de compreender racionalmente. A irracionalidade é fruto da falta de contato com os próprios órgãos. É o contato de nossos órgãos com a energia que permite que saibamos se gostamos ou não, se nos faz bem ou não alguma coisa. Reich diz que “a couraça prejudica todas as formas de entrega e provoca todas as formas de restrição biopática”. (1989, p. 340).

Os princípios básicos para prevenção de disfunções da economia sexual estão fundamentados sobre a noção da peste emocional, a ser prevenida nas crianças desde a vida intrauterina. Sua característica principal, enquanto doença da coletividade, é o bloqueio do fluxo energético no corpo, efeitos do caráter encouraçado, que trai a vida em si mesmo, pelo impedimento de descarga energética no orgasmo, carregando consigo a infelicidade e uma propensão à fuga ao essencial. A peste emocional caracteriza relações superficiais, incapazes de prazer e amor, e transforma o trabalho, o lazer e a vida criativa em atividades antinaturais, sob constante estado de tensão (simpaticotônico).

²¹ A respeito do *como* na relação enfermeira obstétrica-gestante, ver Zveiter, 2011.

3 CAPÍTULO II

3.1 O INÍCIO DA VIDA PARA REICH E WINNICOTT

Nas observações que fiz no acompanhamento de mães e pais de prematuros de cesariana, o estado de ansiedade e depressão diante das condições acarretadas pela prematuridade é permeado de sentimentos de culpa, fracasso, decepção, raiva, medo que levam à impossibilidade de cuidar, colocar no colo ou amamentar, o que, muitas vezes, a mãe está impedida. Nessas situações a necessidade essencial de cuidados sensíveis do recém-nascido fica à espera, até que o equilíbrio da mãe possa ser recuperado. Essa prática de cesariana, realizada antes da maturidade anunciada pelo próprio bebê, tem associado, aos riscos inerentes à cirurgia, problemas que levam, invariavelmente, à internação em UTI neonatal, na maioria das vezes por imaturidade do sistema pulmonar e digestivo, acarretando mais intervenções sobre o corpo do bebê, em um efeito iatrogênico em cadeia. (DINIZ, 2009), (FIOCRUZ, 2012).

Os períodos de internação com uso prolongado de oxigênio, antibióticos, corticoides e alimentação por via venosa ou enteral²², associados ao estresse contínuo da vivência de separação física da mãe e do isolamento na incubadora, do ambiente barulhento e do excesso de manipulação e procedimentos dolorosos podem ter consequências que afetam diversas funções, inclusive afetivas e psíquicas.

Para Reich, os momentos iniciais da vida determinam um padrão, que pode ou não se repetir e se confirmar. Nesse encontro, o recém-nascido, como um pacote de energia cósmica individualizada, será moldado no contato orgonótico com a mãe. “A pulsação bioenergética é uma função completamente dependente das estimulações do ambiente e do contato com ele.” (2009, p. 406). Durante o período de “gravidez fora da barriga”, período imediatamente pós-parto até uns três meses, costuma-se brincar que a mãe – melhor dizendo, o peito da mãe – é a tomada onde o bebê estará ligado quase vinte e quatro horas do dia.

Winnicott foi um psicanalista infantil especialmente dotado em perceber como as relações primordiais da mãe com o bebê são essenciais para a construção de um ser humano criativo e feliz. Ele nos diz que um bebê que conhecemos como unidade, dentro do útero, não é ainda unidade em termos emocionais. A mesma para ser alcançada necessita do estímulo

²² Utilização de sonda posicionada dentro do estômago para introdução de alimentos.

ambiental, ou, “é preciso dizer que o bebê desmancha em pedaços, a não ser que alguém o mantenha inteiro”. (1990, p. 137). Ele acreditava de forma extremamente encorajadora nos *próprios poderes naturais* das mães (p. 139).

A expressão *mãe devotada comum*, ou *mãe suficientemente boa* foram expressões cunhadas para designar o quanto uma mãe comum, que fosse capaz de entrar em sintonia com as necessidades de seu bebê, poderia favorecer o desenvolvimento saudável e autônomo da criança. Em suas observações, Winnicott (1978) compreendeu que essa capacidade de entrar em sintonia, a *preocupação materna primária*, se traduzia como uma “loucura boa”, um estado de sensibilidade produtivo, que permite que as mulheres consigam, por exemplo, reconhecer o choro de seu recém-nascido, distante de seu campo de visão, em meio a outros bebês chorando.

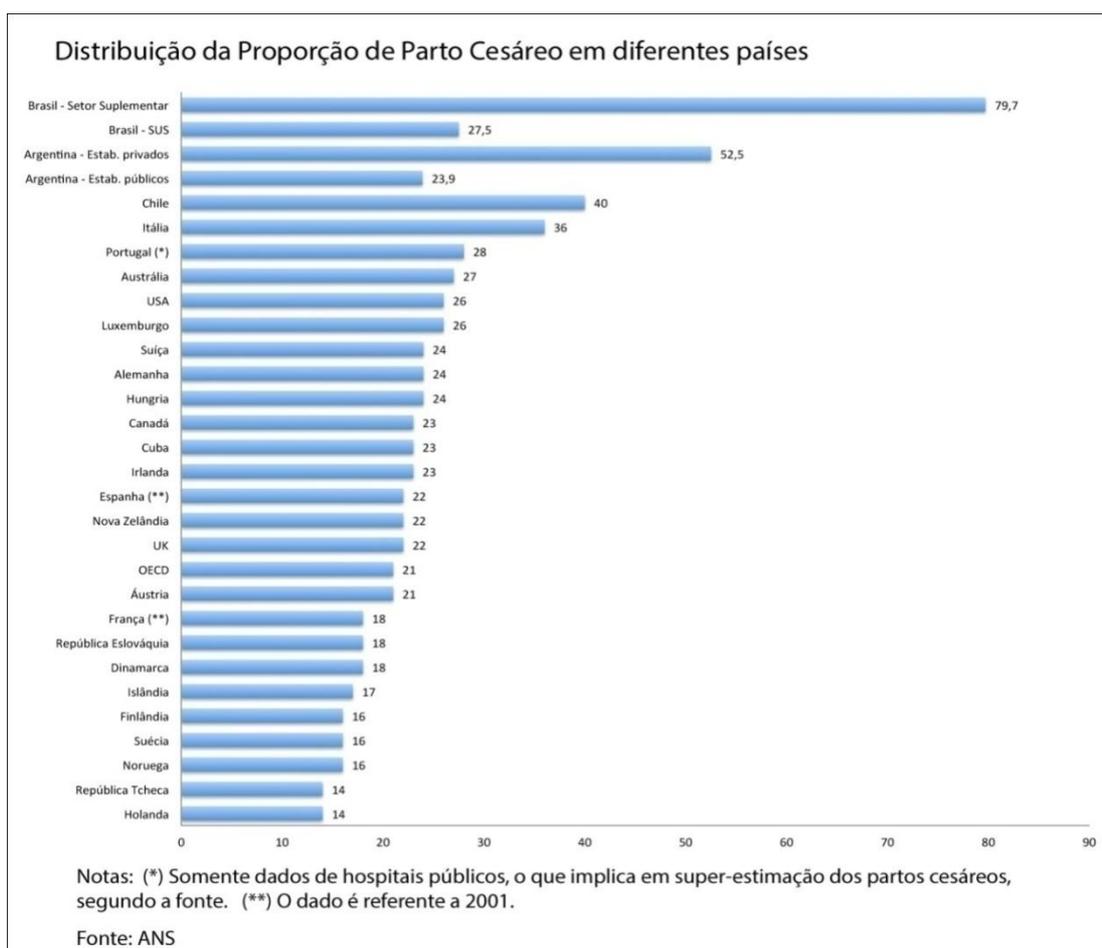
3.2 CESARIANA COMO NÃO PARTO

Na cesariana, a dor, a dificuldade de movimentos, os efeitos da anestesia e outros fatores da recuperação da cirurgia associados com as condições do bebê geralmente tornam essa condição referida acima bastante improvável, tornando a provisão ambiental deficitária, complicando o início da amamentação e do vínculo afetivo, sendo difícil prever como bebês e mães reagirão. Em muitos casos, a reação da mãe pode oscilar entre a superproteção e o abandono, e o bebê entre a agitação e a apatia.

Embora o tempo de gestação não seja exatamente o mesmo para todas as mulheres, nem mesmo para todas as gestações de uma mesma mulher, o tempo de maturação intraútero para os bebês considerados “a termo” (que estão prontos para nascer) é de aproximadamente quarenta e uma semanas e seis dias. Entretanto, cada vez mais bebês têm sido retirados com trinta e oito semanas, em razão de fatores que incluem desde a disponibilidade do médico e das salas de cirurgia, até o desejo de mulheres que preferem que o bebê nasça nessa ou naquela data em razão de férias, trabalho ou mesmo do signo zodiacal, demonstrando a desimportância com que tem sido tratada a questão da maturidade do bebê ao nascer.

Neste trabalho, pensamos os constituintes desse fenômeno – “cesariana em massa” –, compreendendo que a produção de subjetividades que constitui e é constituída por essa transformação do parto e do nascimento é um processo indissociável do desejo, tomando este como matéria-prima da realidade social.

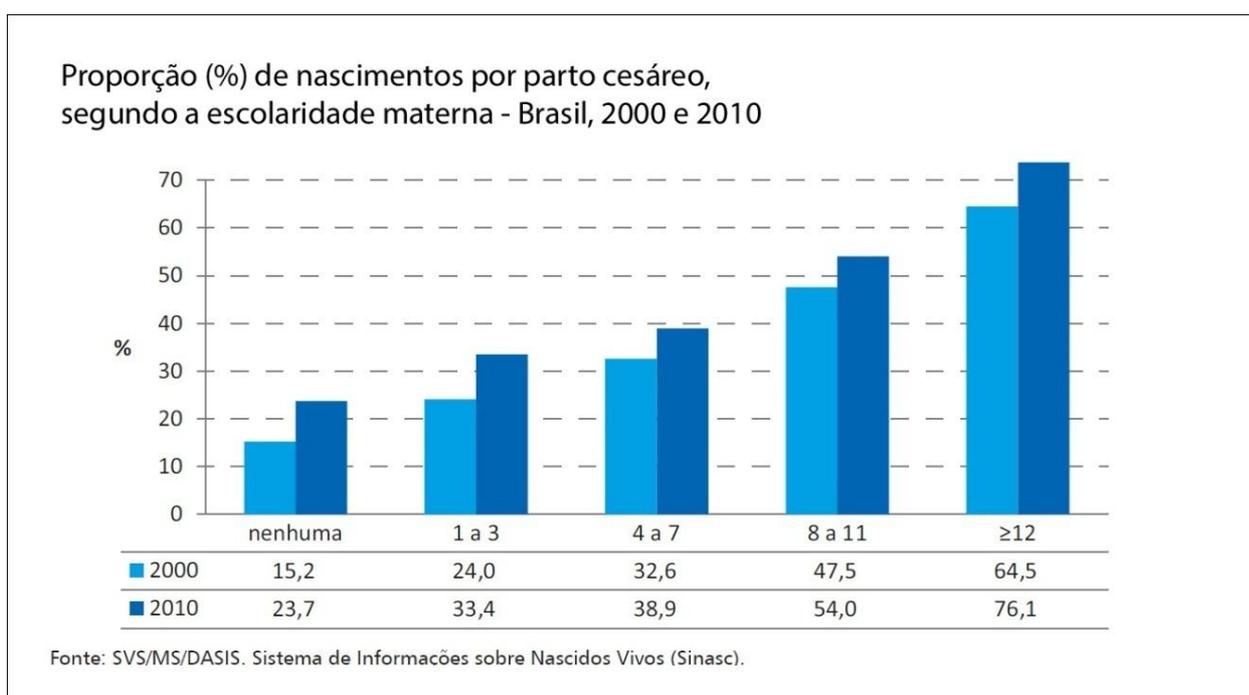
O fenômeno, que vem ocorrendo no Brasil, faz parte também da realidade contemporânea de muitos países onde o processo de medicalização significa um intervencionismo excessivo sobre o parto, conforme mostra o gráfico abaixo:



Fontes: Brasil: MS e ANS, 2004; Argentina: Pesquisa Encuesta de Condiciones de Vida, 2001 – Dalud; demais países: *Health at Glance* – OECD Indicators, 2005. In: OECD Publishing.

Um aspecto que tem sido objeto de pesquisas é a razão pela qual mulheres informadas, escolarizadas expõem a si mesmas e a seu(s) filho(s) a uma cesariana programada. Além de já estar documentado maior risco de morte materna, também já é evidenciado em pesquisas que as cesarianas programadas expõem os bebês, retirados cada vez mais cedo da barriga, ao risco de angústia respiratória. Entretanto, muitas mulheres que participam de grupos de acompanhamento pré-natal relatam que os próprios médicos insistem para que o parto seja feito no máximo com trinta e oito semanas de gestação, e muitos não dão informações sobre os riscos da cirurgia para a mulher (relacionados à anestesia, infecção puerperal e morte) e para o bebê (asfixia, hipoglicemia, dificuldade de sucção e outros relacionados à

prematuridade). No ano de 2012, o Ministério da Saúde (MS)²³ constatou que a maioria das cesarianas eletivas, programadas, foram realizadas desnecessariamente e sua maior incidência ocorreu na população com mais de 8 ou 12 anos de estudo e possui plano de saúde privado, de acordo com o gráfico abaixo:



Pode-se depreender de tal estatística que o conhecimento²⁴, apenas, não tem a capacidade de mudar a forma de agir. O que explica, por exemplo, por que não são suficientes campanhas dissociadas de práticas que permitam a experiência do que está sendo proposto. Para mudar, é necessário que a experiência possa acontecer por algumas das leis enunciadas por Spinoza sobre os afetos, como explicaremos mais adiante.

Para Faúndes (1991), um dado importante no Brasil, decorrente da formação deficitária dos médicos, é a prática de uma medicina “defensiva”: na incerteza de lidar com imprevisibilidades, como um “trauma fetal ou com uma falta de oxigenação durante o trabalho de parto”, os médicos optam por uma cesariana. As imprevisibilidades estão referidas a duas faces do desconhecimento: da atividade em si, de acompanhar partos fisiológicos, e da

²³ Brasil, 2012.

²⁴ Para Spinoza, prop 14, EIV: “[...] O conhecimento verdadeiro do bem e do mal, enquanto verdadeiro, não pode refrear qualquer afeto; poderá refreá-lo apenas enquanto considerado como afeto”. (SPINOZA, 2009a.).

experiência afetiva de ser afectado durante o processo de contato com as emoções em si e na mulher.

Apesar da ideia veiculada de que a cesariana é mais segura que o parto normal, os dados levantados pelo MS entre 1992 e 2010 mostram que uma mulher brasileira, ao fazer uma cesariana, tem três vezes e meia mais chance de morrer do que em um parto normal. A probabilidade de infecção puerperal também é cinco vezes maior nos partos cesáreos, além de aumentar a proporção de prematuros em todas as regiões do Brasil.

A assistência ao parto na realidade atual está ainda atravessada por condições que alimentam um círculo vicioso: profissionais sem qualificação para o parto vaginal fisiológico; um número expressivo de maternidades sendo fechadas, com redução de vagas para os partos vaginais nas maternidades (demandam mais tempo de ocupação das salas de parto), incrementando o medo das mulheres de um parto vaginal com profissionais não qualificados, o que diminui mais ainda o campo de prática profissional, e a qualificação profissional, aumentando o número de cesarianas em um movimento que favorece a realidade atual de cesarianas desnecessárias.

A privatização das maternidades públicas pela nova política governamental para os hospitais universitários, por meio da implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos hospitais-escola²⁵ é um outro aspecto da face política que engendra esse fenômeno em nossa realidade contemporânea. Por outro lado, no setor privado, as maternidades estão sendo descredenciadas pelos planos de saúde simplesmente porque não são lucrativas²⁶. Um parto normal requer a disponibilidade de uma sala durante um tempo médio de dez horas para uma única gestante e o valor irrisório de duzentos ou trezentos reais para o médico, sem que a instituição possa agregar valor econômico ao procedimento por meio de internações em UTI ou exames. Uma cesariana dura em torno de quarenta minutos, pode render seiscentos reais para os médicos e ainda ser lucrativa para a instituição que disponha de UTI neonatal. O resultado deste quadro é que os hospitais preferem ter salas de cirurgia multiuso e, com isso, o investimento tem sido em hotelaria para as mulheres que podem pagar, e a maternidade se transforma, até fisicamente, em um ambiente igual a um hospital geral, salvo algumas imagens de bebês penduradas nas paredes.

²⁵ Lei 12.550/2011.

²⁶ Na última década, no Rio de Janeiro, foram fechadas as maternidades: Clara Basbaum, Policlínica de Botafogo, São Lucas, São Vicente, Samaritano, Santa Maria, Praça XV, Pró Matre, Barra D'Or, Quinta D'Or, Copa D'Or. Informações fornecidas pela médica obstetra Dra. Cristina Arizaleta, 2013, Rio de Janeiro.

Para podermos avaliar a complexidade das condições que nos trouxeram até aqui, faremos uma breve historicização do parto em nossa cultura.

3.3 DO QUARTO PARA A SALA DE PARTO

Até a década de 1920 os partos aconteciam, em sua grande maioria, em casa, aparados por parteiras e acompanhados só por mulheres. O homem ficava na sala. O parto era um evento íntimo, estritamente feminino.

Com o processo de industrialização, o parto foi transferido para o hospital, “mesmo sem que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto”. (DINIZ, 2005). A mulher perdeu seu ambiente de segurança e familiaridade e teve que se submeter às rotinas médicas, que não respeitavam o funcionamento fisiológico no parto. O parto passou, em muito pouco tempo, a fazer parte dos procedimentos gerais que acontecem dentro de um hospital, lugar para onde se vai habitualmente para tratar as doenças.

A partir dessa mudança, a ideia do parto como evento perigoso, extremamente doloroso e/ou causador de danos à genitália feminina foi sendo reforçada no imaginário coletivo. Em uma associação constante de imagens veiculadas pela mídia, em filmes e novelas com mulheres gritando e sofrendo para dar à luz, e informações cada vez mais específicas sobre novas tecnologias de conforto, anestésicos e equipamentos que garantiriam melhores condições ao nascimento por cesariana, a ideia do parto foi sendo cada vez mais associada à cirurgia, e esta, por sua vez, cada vez mais dissociada de um procedimento que envolve riscos (riscos cirúrgicos) maiores que o parto vaginal e com consequências para ambos, mulher e bebê.

3.4 PARTO NORMAL?

Em 1920, época em que se discutia entre os médicos londrinos o lugar das parteiras no recente mercado do parto, o obstetra e professor Joseph DeLee²⁷ teve papel importante no processo de transferência do parto para o hospital, ao afirmar que o parto era patológico em seu artigo “O uso profilático do fórceps”. Com a utilização crescente de drogas para suprimir a dor e os riscos no parto, cada vez mais foram sendo naturalizados os efeitos analgésicos e

²⁷ Ver mais em Odent, 2003, cap. 4.

entorpecentes durante este evento fisiológico, transformado-o em um procedimento impessoal e padronizado.

Apesar de quase um século distante, as rotinas de parto hospitalar no Brasil não se adequaram conforme cada situação, independente de incluir o ato cirúrgico ou parto vaginal. As mulheres que conseguem ter um “parto normal”²⁸ também são obrigadas a se posicionar de forma padronizada, na horizontal, tendo sua mobilidade diminuída ainda mais por práticas contemporâneas de introdução de soro venoso para indução do parto e também critérios cada vez mais constritores de assepsia. Um exemplo dessa constrição é a mulher deitada sobre a maca, com as pernas para o alto (litotomia), em pleno período expulsivo ser repreendida por colocar as mãos no ventre sobre os campos esterilizados (panos esterilizados) que são postos sobre sua barriga: “Não põe a mão aí que você vai contaminar!”, na hora em que o médico, vestido com roupas esterilizadas e luvas, passa a interagir com o corpo da mulher propriamente dito.

Com o desenvolvimento da técnica da cesariana os obstetras passaram a receber em sua formação treinamento para a realização do parto cirúrgico, e as cesarianas passaram a ser a forma mais rápida e habitual de parir. Nesse sentido, a imobilidade corporal da mulher aumentou e toda sensorialidade do evento do parto passou a ser neutralizada por medicamentos que insensibilizam ou neutralizam a experiência corporal, como também pela quantidade de capotes, luvas, máscaras e campos que cobrem a mulher no caso das cesarianas.

No Brasil, em apenas quatro décadas, entre 1970 e 2012, mais da metade das mulheres passou a desejar ou achar normal, ao invés de parir, fazer uma cirurgia com todos os riscos e procedimentos que ela implica (um corte no útero, tomar anestesia, ficar sem locomoção na hora que o bebê nasce), como se estivesse com uma doença.

Em 1980, quando o governo brasileiro percebeu que em dez anos o número de cesarianas havia aumentado de 14,6% para 32%, algumas medidas foram empreendidas para a diminuição desses índices. Até 1980, o Inamps²⁹ remunerava melhor a cesariana do que o parto normal e, até 1997, a previdência social não pagava anestesia para um parto vaginal. Mesmo depois de corrigidos esses erros, a realidade não mudou: a cesariana continuou a ser mais interessante para os médicos em função do tempo, sua previsibilidade e sua rentabilidade. Em nenhum tipo de matéria, artigo de jornal ou debate vemos serem discutidos

²⁸ Parto vaginal realizado por médicos de acordo com as rotinas hospitalares, com grande probabilidade de utilização de hormônio sintético para indução do parto.

²⁹ Instituto Nacional de Previdência Social, extinto em 1993.

os efeitos iatrogênicos desse fenômeno, a não ser por grupos minoritários que optam pelo parto natural e discutem essas questões em fóruns sem muita visibilidade, até então.

É com esse propósito que achamos necessário colocar em discussão a importância desse fato para a saúde psíquica. Que modos de subjetivação têm sido produzidos neste cenário?

3.5 O “CARÁTER” NA ERA DA CESARIANA EM MASSA

Em algumas maternidades particulares o número de cesarianas pode chegar a 100%, evidenciando a extrema dissociação, tanto dos profissionais como das mulheres, com relação ao funcionamento fisiológico no processo da gestação e do parto. Nesse contexto, o tratamento extremamente técnico e fragmentado, dispensado tanto à mãe quanto ao bebê, é naturalizado como sinal de profissionalismo e competência.

A forma infantilizada como as mulheres são chamadas por “mãezinha”, conduzidas na execução das rotinas hospitalares – troca de roupa, lavagem, raspagem de pelos, pesagem, introdução de medicamentos e aparelhos no corpo, posicionamento do corpo – e a maneira como os recém-nascidos são pegos e retirados da barriga, examinados, e lhes são introduzidos sondas, agulhas, colírios, são esfregados, lavados como pedaços de carne, reflete o caráter “insensível” que percebemos tanto nos profissionais quanto nas mulheres (que se submetem). Estas atitudes definem um tipo de caráter que sintetiza determinados valores, que exprimem o cerne da dissociação que Reich (2009) apontou em nossa cultura mecanicista. São comportamentos falsos, expressões faciais automáticas, jeito de falar e de olhar de forma defensiva, agressiva, evasiva, contato superficial, enfim, os afetos entre profissionais e clientes nas rotinas hospitalares apontam para relações muito pouco orgonóticas em nossa sociedade, falta de contato emocional, mesmo quando nos referimos ao momento especial do nascimento humano.

No plano imanente da subjetividade, função caleidoscópica em constante processo de territorialização e desterritorialização, do qual não temos consciência, os efeitos da dissociação falam diretamente a respeito da falta de contato com as próprias emoções, e estão na base de modos de subjetivação esquizofrênicos, psicopáticos e da praga emocional. (REICH, 1983, p. 71). É fruto de uma forte agressividade combinada com uma frustração sexual. Caracteriza-se pelo ódio às manifestações espontâneas relacionadas às necessidades vitais e está por trás de atos cruéis com a convicção de se tratarem de bons propósitos, como a queima das bruxas na Idade Média, o extermínio em câmaras de gás no nazismo, a punição

rigorosa de crianças por brincarem em jogos sexuais. E poderíamos acrescentar essa extrema insensibilidade com a mulher no parto, e com o recém-nascido, a qual Reich pretendia prevenir em Crianças do Futuro, como já referido.

No senso comum, as discussões sobre a cesariana giram em torno de uma suposta “escolha” ou desejo por um tipo de parto “mais seguro”, “mais limpo”, “mais rápido”, “sem dor”. Não se fala dos riscos da cirurgia, do tempo de maturação do bebê, da recuperação pós-parto da mãe, muito menos de vínculo e apego.

3.6 A FUNÇÃO MATERNA PRIMÁRIA NO PARTO

Reich (1989) explica que o que constitui ou sustenta a condição de saúde é a coordenação bioenergética entre movimento, sensação e contato com as sensações, que tem início de forma incipiente a partir da vida intrauterina. A função de autopercepção inicia no movimento incessante do corpo ainda imerso no ambiente líquido do útero materno, ainda sem sentido e finalidade, que gradativamente se configuram em coordenações entre movimentos, sensações, emoções e uma incipiente noção de self, anterior à autopercepção.

O orgone, energia que entramos em contato a partir da respiração, carrega a informação de tudo o que existe e determina a qualidade do ambiente corporal no qual essa coordenação se dá. Reich diz que “na sensação de órgão, o homem experimenta a função orgone da natureza em seu próprio corpo”. (2003, p. 92).

Nesse momento inicial da vida todos os sentidos estão literalmente à flor da pele: luzes fortes provocam encolhimento, luzes suaves permitem que o corpo possa se abrir para o colo da mãe. O corpo sente com todo o corpo, o bebê não ouve só com os ouvidos.

Tanto Winnicott (1978) quanto Reich(1989) apontam o movimento espontâneo e o contato com as sensações como condição essencial para a saúde biopsíquica, para o desenvolvimento na direção da expansão e do prazer, necessário também ao processo orgástico no parto. A preocupação materna primária pode ser entendida como esse estado de intensificação da sensibilidade que nos permite perceber melhor, interpretar informações novas, como um decodificador de mensagens.

Supomos que essa loucura boa, esse estado que Winnicott (1978) refere começar a se manifestar no final da gravidez, seja também o que permite à mulher entrar em sintonia com o início do trabalho de parto e suas necessidades durante esse processo, que se prolonga até a amamentação. Acreditamos que essa função que Winnicott percebeu na mulher grávida, e referiu como um estado de consciência condicionado biologicamente, esteja relacionado à

fisiologia do parto e aos processos subjetivos condicionados a esse ambiente hormonal, que favorece o relaxamento e o prazer durante o período expulsivo e, posteriormente, no chamado terceiro estágio do parto, quando se dá a liberação da placenta, concomitante com as grandes quantidades de ocitocina despejadas no organismo. (ODENT, 2009).

3.7 O MOVIMENTO CONTIDO

Quando Reich descobriu a fórmula do orgasmo teve a resposta que permitiu a ele relacionar todos os seres vivos a partir de um funcionamento comum. A fórmula que descreve o funcionamento do corpo em sua economia energético-sexual, tensão-carga-descarga-relaxamento, descreve o movimento do vivo e nos permite entender que a vida se baseia no movimento espontâneo do organismo (pulsação). Seja na divisão celular, nos processos criativos, na alimentação, nos ciclos ou nos fenômenos naturais, como é o parto, Reich mostra que temos um eixo norteador que guia o movimento de todo ser vivo da mesma maneira. Ao pesquisar a energia orgone cósmica no corpo humano, Reich desenvolveu um método de pesquisa baseado no funcionamento da vida que nos permite investigar as diferenças entre a forma como sentimos e percebemos a realidade interna e externa.

De acordo com os princípios básicos da técnica de pensamento funcional, como dito anteriormente, todo organismo vivo é uma parte da natureza e é funcionalmente igual à ela. O organismo vivo é uma unidade funcional autocontida e não uma soma mecânica de órgãos. A percepção se baseia na correspondência entre uma função dentro do organismo e uma função no mundo exterior, isto é, na harmonia orgonótica ou, dito de outra forma, cada observação natural conecta a excitação (quantidade de energia) à sensação (como resultado) e vice versa, fazendo com que mudanças quantitativas efetuem mudanças qualitativas “exatamente como a vida orgânica e a vida inorgânica influenciam, condicionam e mudam uma à outra”. (REICH, 2003, p. 111). Nesse sentido, a autopercepção é a expressão imediata de processos objetivos dentro do organismo (2009, p. 104).

Como dissemos anteriormente, as intervenções que afetam a mãe e o bebê, concomitantemente, estão referidas diretamente à interferência no processo orgástico do ciclo gravídico-puerperal, levando inclusive à supressão do principal hormônio do parto em muitas mulheres. Na experiência clínica essa disfunção hormonal se caracteriza por uma impotência orgástica e incide sobre o movimento livre e espontâneo do organismo, no contato com as próprias emoções e com o ambiente externo. “A disposição para a doença nos parece essencialmente uma reação à infelicidade da vida e não uma herança estabelecida por nossos

ancestrais. Ela significa o tipo e grau de mobilidade emocional (orgonótica) do sistema.” (REICH, 2009, p. 286).

No encouraçamento há uma diminuição da oxigenação celular, uma contração do sistema nervoso autônomo e uma interrupção do fluxo energético comunicante entre órgãos e segmentos. Reich descobriu que a couraça se estrutura em forma de anéis que impedem a comunicação energética entre um segmento e outro.

O encouraçamento está relacionado a uma incapacidade de descargas orgásticas, incapacidade de relaxar e metabolizar as energias que acumulamos em todos os processos de excitação que vivemos ao longo do dia e que regulam o sistema energético do organismo, e se reflete na distorção com que os fatos da vida são vividos pela pessoa encouraçada. Um sistema estressado produz subjetividades estressadas que não podem experimentar o prazer. A impotência orgástica é “um distúrbio na função natural de pulsação no organismo como um todo”, “um distúrbio na descarga da excitação biossexual”, que Reich denomina biopatia e que pode se apresentar de diversas formas, como: falta de energia, enxaqueca, gastrite, hipertensão, até câncer ou também uma disfunção hormonal. (REICH, 2009, p. 154-156).

Ao refletir sobre as questões relacionadas à amamentação, que pouco são tratadas no acompanhamento puerperal, Reich deixa claro a diferença entre um contato orgonoticamente carregado e um contato pobre durante a amamentação: uma mulher tímida ou inibida, com dificuldades em se entregar ao prazer sexual, ao amamentar pode apresentar o mamilo frio, anorgonótico (sem energia) em consequência de uma impotência orgástica, o leite pode até sair mas não alimenta as necessidades afetivas do bebê. Por outro lado, uma mulher pode responder de forma natural às manipulações da boca do bebê no seio com uma resposta de excitação orgonótica que fará com que o mamilo fique ereto e reaja aos movimentos de sucção do bebê em um movimento de fusão mamilo/boca, onde o leite flui em uma amamentação prazerosa, sendo a experiência de gratificação para ambos. (REICH, 2009). A temperatura do útero, do seio, ou de qualquer outra parte, pode estar mais fria ou mais quente em relação a outras partes do corpo, em detrimento da temperatura geral do organismo. As couraças produzem essa alteração de temperatura local pelo bloqueio da energia.

Em *Análise do caráter*, ao discutir “Prazer, angústia, raiva e couraça muscular”, Reich estabelece algumas questões esclarecedoras. A couraça deve ser entendida como uma defesa necessária na relação com o mundo. A couraça de caráter é o jeito, a forma pela qual identificamos alguém, sua maneira própria de lidar com as situações. Funcionalmente a couraça de caráter é igual à couraça muscular. Podemos entender isso com Bove (2010a), a respeito da teoria dos afetos em Spinoza, para quem um afeto é uma experiência no corpo e,

ao mesmo tempo, uma experiência na alma, uma ideia; a couraça é uma forma de conter a energia no corpo assim como uma forma de pensar e compreender a partir das distorções provocadas no fluxo energético, como dissemos anteriormente. A couraça se interpõe como bloqueio aos fluxos energéticos, impedindo o contato entre uma excitação biológica, uma sensação e a percepção.

Na maternidade, é muito comum, durante a amamentação, uma mulher ficar estressada por uma agitação na enfermaria e não conseguir amamentar porque o leite não sai. Odent relata uma situação contrária, onde o ambiente emocional ajuda na produção de hormônio. Na Universidade de Cambridge foi realizada uma pesquisa sobre a resposta fisiológica a uma atividade repetitiva, como o tricô. Na verdade, essa pesquisa foi realizada em razão de que, empiricamente, foi notado que os partos que transcorriam bem normalmente eram aqueles em que as mulheres estavam acompanhadas de uma pessoa tranquila, segura, apoiadora e silenciosa. O exemplo mais habitual era o de uma parteira experiente que, sentada fazendo tricô, acompanhava o trabalho de parto quase em silêncio e tudo transcorria bem. De acordo com Odent,

isso é importante porque a chave principal quando uma mulher está prestes a dar à luz é que ela precisa manter seu nível de adrenalina o mais baixo possível. Quando a mulher está liberando adrenalina, ela não consegue liberar ocitocina. A liberação de adrenalina é altamente contagiante e você consegue reduzir seu nível de adrenalina se não houver ninguém à sua volta liberando adrenalina. É uma vantagem a parteira poder manter o nível dela de adrenalina o mais baixo possível, e este é o efeito do tricô³⁰.

Estamos ainda falando de contato orgonótico, do contato que uma pessoa estabelece com a outra, muitas vezes de forma invisível.

3.8 CONTATO E MOVIMENTO, PATRIMÔNIOS VITAIS – CONTATO E COURAÇA

Quando diferenciamos o caráter neurótico do caráter genital devemos ter em conta que não se tratam de noções absolutas, mas de variações de potência. Como critério, o caráter genital não teria uma estase crônica de excitação nem tampouco uma couraça muscular rígida, mas apresentaria uma permeabilidade e uma tonicidade capazes de permitir o fluxo e a sensibilidade de variáveis quantidades de energia, ao contrário do neurótico que exibiria cronicidade da estase excitatória e rigidez muscular. Dentre as infinitas possibilidades pessoais de economia da energia, podemos oscilar entre a extrema cronicidade de uma contratura, sem mobilidade, passando por músculos que enrijecem e relaxam de acordo com a

³⁰ Odent, em entrevista concedida em 2011 ao Grupo Materna Samaúma – Unicamp.

necessidade da experiência, como também podemos ter uma musculatura mole ou flácida, que não sustenta os fluxos energéticos.

Ao refletir sobre o que levaria um conflito ou um trauma a se cronificar como reação patológica, Reich (1975) se refere a processos que observa no “fim” do tratamento, as dificuldades que ainda impedem uma rendição orgástica³¹ como um medo do prazer. Nessa perspectiva, a aquiescência das mulheres na cesariana programada poderia ser entendida como um mecanismo de defesa, de evitação do contato por faltar a autoconfiança necessária e um sentimento de unidade corporal para a vivência do fluxo energético no parto.

Uma biopatia, como vimos com Reich, se configura por uma diminuição da atividade do corpo e é resultado de uma perturbação da capacidade de amar. De acordo com a teoria dos afetos em Spinoza, a potência de agir, diminuída por um afeto triste, leva necessariamente a ideias inadequadas e diminui a potência de pensar.

Apesar de Spinoza não acreditar em um princípio autodestrutivo constitutivo do ser humano, o nível de complexidade implicado na constituição humana leva a composições que são feitas, às vezes, de forma paradoxal, por meio da imaginação. (BOVE, 2010a). Em nosso caso, as mulheres podem acreditar que são impotentes e, por imaginar, muitas vezes comprometem a produção hormonal, acabando por convencer-se que a cesariana é melhor, defendendo a cirurgia como se fosse um parto, sem riscos, se autoenganando. Também no caso de uma amiga que fez uma cesariana e disse como pode preparar-se para esse evento, sem imprevistos, e como tudo correu tão bem e de forma tão rápida, pode induzir a uma identificação. Como poderíamos dizer, nos inspirando em Spinoza, muitas mulheres combatem pela escravidão como se fosse a salvação! Muitas vezes brigam por uma cesariana achando que é o melhor para si e para o bebê.

As cesarianas em massa, dentro dessa perspectiva, seriam exemplos da potência diminuída por afetos tristes, ideias de incapacidade, ideias da imaginação como dito por Spinoza na prop 11, EIII: “Se uma coisa aumenta ou diminui, facilita ou reduz a potência de agir do nosso corpo, a ideia dessa mesma coisa aumenta ou diminui, facilita ou reduz a potência de pensar da nossa alma”. Essa confusão provocada pela complexidade da experiência afetiva é ainda acrescida de má-fé por parte daqueles médicos que enganam, sonegam informação e induzem as mulheres a temer o parto, com expectativas amedrontadoras.

³¹ Capacidade de se entregar ao orgasmo, ondas de prazer pelo corpo todo.

As mulheres, sem consciência das causas de seus medos, se deixam levar por ideias de que o parto é perigoso em si, de que a dor é insuportável, de que o corpo não suporta as contrações, estiramentos, dilatação. Que o bebê é frágil e o parto é traumático. Por não compreenderem as causas, por não conhecerem seus próprios afetos, assim como o funcionamento do corpo nessa situação, oscilam entre o medo do desconhecido e a esperança de que o médico saiba o que é melhor para ela. Nessas circunstâncias, as mulheres não consideram as condições que são inerentes ao parto, como qualquer outro evento da vida. A mulher, reduzida a afetos de medo e ideias de incapacidade, não é capaz de produzir os hormônios que atuam no processo fisiológico do parto, como explicado anteriormente, criando uma inibição que traz a marca em seu corpo de uma relação de compromisso entre si mesma e o médico, entre seus medos e conveniências e entre os medos e conveniências do profissional.

A constatação de que setenta por cento das mulheres no Brasil³² deseja um parto normal, mas acaba fazendo uma cesariana, ou não consegue produzir os hormônios na hora do parto, ilustra esse processo de produção de uma “subjetividade cesariana”, suposto desejo das mulheres, que se faz a partir de um discurso de verdade (FOUCAULT, 1986) em torno da cesariana, que tem por efeito a indução do consentimento das mulheres de serem cesariadas e, de forma ainda mais drástica, quando essa inibição se transforma em uma disfunção hormonal.

3.9 RESISTÊNCIA OU RESIGNAÇÃO?

Estaríamos vivendo o sintoma do sintoma, provocado por essa superintervenção biotecnológica? Seria a cesariana uma resistência (negativa), um sintoma gerado contra a realidade da mulher ter que se submeter à presença imposta do médico no âmbito íntimo do parto, de frente para sua genitália, sujeitada, sem autonomia para escolher a posição de mais conforto para si e sofrendo a brutalidade das rotinas médico-hospitalares que desrespeitam as necessidades de mobilidade, segurança, silêncio e privacidade durante esse processo fisiológico?

Seria essa consequência tão desastrosa, efeito letal de uma não satisfação da lei natural da sexualidade, como dito por Reich (1986, p. 16)? Resistência ontológica como desejo de não ser violentada, dominada, de acordo com Spinoza? “A pessoa orgasticamente insatisfeita

³² Pesquisa realizada pela Fiocruz entre 2010 e 2012, “Nascer no Brasil: Inquérito sobre Parto e Nascimento” e pesquisa da antropóloga Karen Giffin (2003).

desenvolve um caráter artificial e um medo às reações espontâneas da vida; e assim, também, um medo de perceber suas próprias sensações vegetativas.” (REICH, 2003, p. 132).

A inibição, não podemos esquecer, é no corpo e na mente, ao mesmo tempo. Muitas mulheres dizem que a cesariana é a melhor coisa do mundo, que não sentiram dor, que foi ótimo, mesmo tendo ficado presa à cama sem poder movimentar-se com liberdade para pegar seu filho no colo, mesmo tendo passado por momentos de extrema decepção e impotência por não conseguir amamentar logo que o bebê nasceu.

Psicologicamente, muitas mulheres não querem admitir a frustração do parto não vivido, seu bebê está ali e ela fará tudo para não lembrar disso. Entretanto, na continuidade deste processo, na amamentação, para onde muitas vezes parece ser deslocado um desejo compensatório idealizado de perfeição, para si e para o bebê, o sentimento de frustração pode aparecer. Principalmente quando algo não vai bem, o que é comum neste período de adaptação, acrescido pelos efeitos provocados pela anestesia e separação prolongada. Algo dentro de uma grande variedade de possibilidades pode deflagrar a irrupção de sentimentos relacionados à frustração ocasionada pela interrupção que a cesariana significa para o ciclo da gravidez-parto-amamentação. O bebê pode não conseguir estabelecer a pega, o leite “empedrar”, o leite não sair, enfim, uma gama de fatos que podem acontecer, e acontecem, com a maioria das mulheres no pós-parto, período considerado o “blues puerperal”, de extrema sensibilidade, durante o primeiro mês pós-parto, em que a mulher pode ficar irritadiça, com labilidade emocional, levemente deprimida. Período chamado por Winnicott, como vimos, de preocupação materna primária, onde a mãe, podemos dizer, fica com sua sensibilidade à flor da pele, essencial para entender as necessidades de seu recém-nascido por identificação com seus gestos e expressões, como também nos explica Reich.

Mas justamente todo esse conjunto de competências que é exigido da mulher-mãe-recém-nascida é enormemente regulado pelas qualidades emocionais conferidas pelos hormônios do parto que continuam a ser produzidos na amamentação, na contração do útero e que relaxam e criam uma conexão mãe-bebê que restaura o equilíbrio de ambos. Mas, com as intervenções da cesariana, a mulher não pode contar com a disponibilidade fisiológica, ou melhor, com a prontidão fisiológica de seu organismo. Ela foi atrapalhada e, conseqüentemente, atrapalhado esse período inicial. É claro que a mulher pode e consegue muitas vezes superar essa quebra, essa interrupção, e retomar o processo de amamentação, estabelecendo uma relação íntima com seu bebê em sintonia com suas necessidades de “holding”. Mas é muito comum que a continuidade seja a introdução precoce de leite artificial como complemento da amamentação, rapidamente prescrito pelos próprios pediatras, e um

consequente desmame, também precoce. Não alongaremos nossa discussão sobre este tema além do necessário para a compreensão dos efeitos que a intromissão no parto tem sobre a continuidade concepção-gestação-parto-amamentação como eventos da sexualidade.

A experiência como pediatra no pós-guerra, onde muitos bebês ficaram órfãos, foi valiosa para Winnicott (1978), que nos fala, do ponto de vista da psicanálise, da necessidade fundamental de satisfazer as necessidades de “holding” do recém-nascido para uma constituição psíquica na direção do sentimento de “continuar a ser” e, contrariamente, do risco de uma sensação psíquica de aniquilamento que pode ser vivido pelo bebê que precisa reagir ao meio ambiente invasivo. Reich (2003) denunciou um tipo de “invasão” que chamou de “massacre dos recém-nascidos”, referindo-se a condutas (de enlugar, prender, forçar as pernas para esticá-las, colocar os bebês de bruços, alimentar com horários e intervalos rígidos, não colocar no colo) que são a base primitiva para o desenvolvimento de biopatias.

Rauter (2005) aponta as práticas de controle na sociedade capitalista contemporânea e a sinistra normalidade “mais preocupante do que a patologia” com a qual temos que nos adaptar. São práticas de constrangimento do corpo, como as que estamos vivendo com relação ao parto, de constrangimento do movimento, como as crianças rotuladas como hiperativas³³ e medicadas com remédios que inibem o movimento, com as quais vamos nos acostumando, naturalizando, pois “afinal, quando um especialista fala que este procedimento é melhor, supomos que ele esteja certo, e tendemos ao autoengano”. (DINIZ, 2009).

Na naturalização da incapacidade de parir de forma natural, pelo canal vaginal, essa normalidade da cesariana se estende enquanto produção desejante a todos (crianças, adultos, homens, mulheres) como prática naturalizada, se cristaliza como símbolo, compondo novos territórios de poder (FOUCAULT, 1988) ligados à hegemonia do modelo de procriação, de nascimento e de parto. Essa heterogeneidade e multiplicidade de correlações de força, que Foucault aponta como características do saber sobre o sexo, se estende a toda sociedade a partir das consequências desastrosas da “castração psíquica”, que tem como efeitos a perpetuação de um estado de dependência caracterizada por uma falta de massa crítica e de poder de escolha e decisão, até mesmo sobre como se posicionar na hora de parir.

Reich (1989) chama a atenção dos jovens para a necessidade de compreender a determinação das doenças do ponto de vista da dimensão política, inalienável da ciência. Para Reich, a possibilidade de mudar uma realidade social exige que se entendam as inibições sexuais para além das causas pessoais, biológicas ou psicológicas. O autor explica como a

³³ Para saber sobre medicalização da infância e da educação, consultar Luciana Calliman e Maria Aparecida Moisés.

frustração de uma pulsão sexual pode ser transformada (de forma defensiva) em inibição, onde o próprio sistema utiliza uma parte da energia da pulsão para ir contra ela. E essa inibição deve ser compreendida a partir do campo social, das políticas públicas de educação, de que forma o corpo vai sendo conformado, moldado para determinadas finalidades político-econômicas, que Reich consegue esclarecer muito especificamente, mostrando inclusive como um governo e suas instituições – hospitais, família, escola, direito – conformam desde o nascimento, e mesmo antes, um funcionamento vegetativo, conseguem modificar o *hardware* do sistema humano, interferindo na pulsação do plasma vital no organismo, constringendo o movimento, contraindo artérias, veias, comprimindo corações e mentes.

3.10 MAS, COMO PENSAR A CESARIANA COMO DESEJO?

Sabemos com Reich (2003), com Spinoza (2009a) com Foucault (1988), de diferentes pontos de vista, que o desejo é produzido socialmente, é a própria potência da vida na produção da realidade, mesmo os desejos capturados, desejos que desejam sua própria repressão (REICH, 1974). É o próprio desejo e sua potência criadora da realidade em ato. É o caráter que conseguimos, ou não, ajudar a moldar de forma plástica, respeitando o funcionamento vital, a compor outros corpos na constituição de uma sociedade saudável. Não há escapatória.

3.11 CESARIANA, O PARTO IDEALIZADO, PARA QUEM?

As questões contemporâneas que atravessam o parto e o nascimento falam a respeito de fatores que estão muito aquém de uma simples escolha. Com relação aos aspectos subjetivos, psicológicos, podemos indagar se o parto não teria sido colocado como objeto idealizado do desejo, como uma finalidade em si: *mais limpo, mais rápido, mais [...], como uma mercadoria, um produto para ser consumido*. Tanto para Spinoza quanto para Reich, ao desejo não falta nada. O desejo não tem objetivo, nem finalidade, não existe para suprir uma falta. Para Spinoza, conforme prop. 21 EIV. “o desejo é a própria essência do homem [...], o esforço pelo qual cada um se esforça por conservar o seu ser”. Reich, por sua vez, diz que

a essência da vida é o funcionamento vital em si, [...] funcionar significa entender e proteger a vida como uma força da natureza. [...] A busca pelo significado e pelo propósito da vida deriva do encorajamento do organismo humano, que elimina a função vital e a substitui por rígidas fórmulas de vida. (2003, p. 13).

O desejo como pura potência, na perspectiva spinozana, é a esteira que torna possível um desenvolvimento na direção da razão, da concórdia e da liberdade. Quanto mais somos afetados, mais desenvolvemos nosso conhecimento afetivo, mais somos capazes de lidar com situações diversas, maior riqueza de ferramentas dispomos para lidar com as forças que possam nos destruir. De onde podemos deduzir que, quanto mais nos dispomos à vulnerabilidade envolvida no evento do parto e de sua experiência, mais ricos são os recursos que desenvolvemos em nossa capacidade afetiva para conduzir essa nova vida desde o início, no aprendizado conjunto de novas competências, de novos *imprintings*.

A mulher que pare e experimenta essa quantidade extrema de hormônios e o ambiente afetivo gerado nesse evento provavelmente entra em contato com informações que irão lhe facilitar a condução da maternagem no início da vida da criança. A função, denominada por Winnicott “preocupação materna primária”, não surge de repente, é fruto de um desenvolvimento sexual que se inicia muito antes, desde quando somos crianças e aprendemos sobre o sexo e como lidar com nosso corpo. Sendo assim, as inibições, como colocado por Reich, precisam ser pensadas dentro de uma continuidade, sendo a gestação e o parto desdobramentos da vida sexual. É curioso, por exemplo, que não se pense nos efeitos subjetivos da utilização de anticoncepcionais ao longo de maior parte da vida reprodutiva das mulheres. São pesquisas que não existem, ou se existem caem na categoria das pesquisas que não interessam ao mercado. Afinal, a venda de anticoncepcionais é um produto, em nosso mundo contemporâneo, que tem promessa de lucro para uma eternidade.

3.12 PRÉ-CESÁREA

Se pensamos o pré-natal como é organizado nas instituições de saúde, vemos que se assemelha ao tipo de assistência que temos nos serviços de saúde público ou privado, baseado em um modelo que toma o corpo em pedaços e a assistência em especialidades que diagnosticam e tratam os sintomas, e onde os profissionais não se incluem, com todo seu ser, em uma prática de saúde. A mulher é examinada fisicamente, são pedidos exames, lidos resultados, quase sem olho no olho, muito menos com tempo de conversa que propicie o esclarecimento e a contemplação de dúvidas. A desculpa é o tempo escasso, a correria da livre-concorrência. Na perspectiva orgonômica é o medo que impera e reduz a falta de contato. Os profissionais não têm contato com as mulheres, contato orgonótico. Ler exames, ver resultados é algo que acaba servindo como escudo. É claro que não estamos advogando uma extinção do pré-natal, dos exames, dos recursos que desenvolvemos, que fique claro.

Estamos tratando da forma e da finalidade. Esse tipo de atendimento na gestação é a pavimentação de um caminho que prepara mais na direção de uma cesariana do que um parto vaginal. É um pré-natal em que o corpo da mulher é tratado como *defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso*, transformando a gestação em doença e produzindo uma subjetividade enfraquecida, temerosa, duvidosa de sua potência, o que gera uma dissociação: as mulheres se afastam do seu corpo que não lhes pertence mais tanto assim. Os médicos, supostamente, sabem mais de seus corpos do que elas mesmas. Mas sabem muito pouco, dos corpos delas e de seus próprios corpos também, “todos, profissionais e clientes, [são] personagens de uma cena com falas e atitudes predefinidas pelo discurso da tradição científica” (ZVEITER, 2011), estão distantes de si mesmos, não há contato.

O senso comum de descrever na percepção subjetiva das gestantes, ainda característico de muitos atendimentos de pré-natal, é um treinamento para a desconexão entre o que a mulher sente, o que necessita e o que faz. Na tentativa de objetivar as impressões subjetivas, desqualificam-se as percepções, como se não fossem reais. Dessa forma, a realidade é distorcida, na medida em que deixamos de considerar a importância dos sentidos, para Reich, “o mais importante instrumento de pesquisa de que dispomos verdadeiramente”. (2009, p. 101-104). No lugar dos reais sentidos que cada mulher vive em sua infinita singularidade, um preconceito, uma cegueira, entorpece o acontecimento e no lugar, por vício de dominação, crenças da cultura sexual sobre o corpo feminino relacionadas a este “sexo socialmente construído” são usadas como explicações científicas. (DINIZ, 2009).

É um treinamento para a inibição do contato orgonótico. O foco do atendimento do pré-natal, o mais comumente encontrado, quase nunca está baseado nas verdadeiras necessidades da mulher para a vivência do parto. A lógica é inversa, a mulher deve se comportar de acordo com prescrições para que o parto aconteça do jeito que os médicos esperam: por cesariana, na maior parte das vezes.

O atendimento neste modelo padronizado de pré-natal, desresponsabiliza a mulher ao infundir-lhe o medo de seu próprio corpo, tomando-a como incapaz de lidar com o desfecho de um evento fisiológico; desempodera e infantiliza a mulher tratada como incompetente e irresponsável; induz à ilusão de que é possível fugir à vulnerabilidade inerente ao parto e a falsas garantias de segurança, que nenhum médico pode oferecer apesar das “cesáreas bem-indicadas (serem) um componente essencial do cuidado obstétrico”. (DINIZ, 2009).

Apesar de o Programa de Humanização do Ministério da Saúde estar influenciando na melhoria de muitos serviços do SUS, “o modelo típico de assistência ao parto em muitos serviços do SUS, além de inseguro e pouco apoiado em evidências científicas, é não raro

marcado por uma relação profissional de tratamento discriminatório, desumano ou degradante”. (DINIZ, 2009, p. 317). Nesse contexto, o tratamento dispensado à mulher é frio e impessoal, da mesma forma como são tratados os bebês recém-nascidos, afastados da mãe como algo perfeitamente natural. De modo habitual, esses procedimentos são entendidos como necessários, como se todo nascimento representasse uma emergência e fosse necessário levar o bebê rapidamente para atendimentos de salvamento, como se a mulher necessitasse de controle, vigilância, condutas rigidamente definidas e ser partejada por alguém.

Muitas mulheres preferem a cesariana pelo “medo de receberem cuidados de baixa qualidade”, práticas mais ou menos frequentes nas maternidades públicas e privadas, mesmo não sendo recomendadas pela OMS: episiotomia (corte extremamente doloroso do períneo), raspagem dos pelos pubianos, impossibilidade de locomoção durante o processo, de ingerir líquidos, utilização do fórceps³⁴, uso de hormônios sintéticos para aceleração do trabalho do parto, que nas maternidades públicas acontecem como rotina de “limpeza da sala de parto” para que os leitos sejam desocupados para o próximo plantão, de acordo com Diniz. (2006).

Entretanto, a opção da cesariana, além de não corresponder ao que é prometido em termos de segurança, como já vimos, significa o que poderíamos chamar de roubo de um momento único na vida que se inicia para a mãe e para o bebê. As estatísticas anteriores refletem, de modo global, o tipo de vivências a que estão expostos mãe e bebê nesse momento de encarnação de tantas possibilidades de subjetivação, do corpo, no corpo, pelo corpo. A postura de grande parte dos médicos induz a pensar em uma inversão dos fatos, que parto normal é cesárea, uma intervenção mais rápida, “mais limpa”, mais segura.

3.13 AS BRASILEIRAS QUEREM PARIR

A pesquisa de âmbito nacional “Nascer no Brasil: Inquérito sobre parto e nascimento”³⁵, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz entre 2011 e 2012, pesquisou entre 23.894 mulheres, entrevistadas em maternidades públicas, privadas e mistas, em 191 municípios de todos os estados do Brasil: os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo cesarianas desnecessárias; a motivação das mulheres para a opção pelo tipo de parto; as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; a estrutura das instituições hospitalares (qualificação dos recursos humanos,

³⁴ Instrumento de ferro parecido com uma grande tesoura, utilizado para puxar o feto pela cabeça quando há dificuldade no período expulsivo.

³⁵ Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>>.

disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos). Apesar da conclusão da pesquisa de que a maioria das mulheres teve seus filhos por meio de cesarianas (52 por cento dos nascimentos, sendo 88 por cento no setor privado), **setenta por cento das mulheres brasileiras deseja um parto normal**, mas só 15 por cento foi apoiada nessa opção. “As que tiveram parto normal também foram alvo de intervenções excessivas, ficando restritas ao leito, sem caminhar, [...] se alimentar durante o trabalho de parto, teve o parto acelerado por medicamentos, episiotomia, foi obrigada a ficar deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga, partos extremamente dolorosos, medicalizados”, com risco de efeitos adversos no parto e no nascimento para todas as mulheres, sem distinção. (FIOCRUZ, Ensp: 2012, grifos meus).

Esta conclusão reforça os resultados da pesquisa realizada pela antropóloga Karen Giffin (2003), entre 1998 e 1999, “Parto cesáreo: quem o deseja?”, uma investigação sobre a existência de uma “cultura da cesárea”, onde a autora revela que setenta e cinco por cento das mulheres entrevistadas responderam que não queriam uma cesariana devido à “recuperação mais difícil e lenta”, e “dor e sofrimento depois da cesárea”. Para a autora, a análise mostrou que “quanto maior o intervalo entre a admissão no hospital e o parto, mais frequente é a solicitação pela cirurgia”. Na conclusão da pesquisa citada anteriormente, a mudança da decisão em relação ao tipo de parto foi imputada à “orientação no pré-natal [que] pode estar induzindo a maior aceitação da cesariana”. (FIOCRUZ, Ensp: 2012, p. 4).

No momento em que os bebês deveriam estar expostos aos “hormônios do amor”, estão expostos ao hormônio relacionado ao medo. Michel Odent³⁶ disse que os efeitos dessa drástica intervenção sobre o parto podem estar na base da compreensão para o desenvolvimento de inúmeras patologias ao longo da vida, que tem como período crítico o período primal. Na pesquisa coordenada pela médica Maria do Carmo Leal, referida anteriormente³⁷, é mencionado que “estudos recentes mostram também as consequências e repercussões da via de nascimento no curso natural do desenvolvimento intrauterino dos recém-nascidos e sobre a saúde futura das crianças, incluindo o risco aumentado de obesidade, diabetes, asma, alergias e outras doenças não transmissíveis”. Novamente caímos na mesma questão das pesquisas que não interessam ser feitas, pois diminuiriam drasticamente o lucro dos laboratórios internacionais.

³⁶ Palestra no Medical Center, Rio de Janeiro, em 2 mar. 2013.

³⁷ Fiocruz, 2012.

Raras são as mulheres que conseguem fugir ao rolo compressor que engessa o cuidado com a gestação e o parto nos moldes formatados pelo sistema biotecnológico vigente. Apenas uma minoria consegue resistir às normas e rotinas rígidas da instituição médico-hospitalar. De acordo com a pesquisa realizada por Diniz (2009) a “superestimação dos benefícios da tecnologia e a subestimação ou negação dos desconfortos e efeitos adversos das intervenções”, ou, a “pessimização do parto” (utilizada de forma) “instrumental para favorecer, por comparação, o modelo da cesárea de rotina” (2009), fazem parte do “instrumental” que atravessa a realidade da assistência ao parto no SUS e também na rede privada. Salvas as diferenças econômicas, configurando mais uma forma de diferenciação social, as formas de medicalização do parto dividem a realidade em duas opções: cesárea para quem tem saúde privada, símbolo de modernidade e conforto, “parto vaginal cheio de intervenções desnecessárias, para quem não tem”. (MAIA apud DINIZ, 2009).

Apesar desta distinção social, muitas mulheres querem uma anestesia, mas a maioria não se dá conta de que, anestesiada, a mãe passa a ser expectante no nascimento do próprio filho, não pode recebê-lo no colo, um desejo quase instintivo de toda mulher. Exatamente no período crítico para o estabelecimento precoce da amamentação e sustentação de todo processo fisiológico que continuará no pós-parto, muitas mulheres podem estar sonolentas, com todos os seus sentidos diminuídos. Deitada, de braços abertos, sem poder abraçar seu filho, e devendo permanecer assim por pelo menos seis horas, impossibilitada de contato íntimo, relaxado, no tempo da magia do primeiro encontro.

3.14 O MEDO DO(NO) PRIMEIRO ENCONTRO

Nos minutos que se seguem à cesariana, o bebê, ao invés de sentir o calor do corpo da mãe e ouvir os sons do seu coração, referência por toda vida intrauterina, será posto em uma incubadora com sons de alarmes de aparelhos por todo lado. O cheiro da pele da mãe será substituído por cheiro de álcool, éter, adrenalina e outros cheiros de máquinas metálicas, plásticas, frias e duras. Longe da mãe, lugar de segurança e conforto, nesse momento de transformação radical da vida aquática para a vida aérea, o recém-nascido passará por todo tipo de manipulação. Sem aconchego, sem calor humano, sem cheiro de pele, condições essenciais ao início da vida de todo mamífero.

Ao aprofundar as pesquisas sobre contato, Reich (2003) compreende que o cerne do pensamento mecanicista é resultante de uma disfunção que acomete profissionais e pesquisadores, como dito anteriormente, que sofrem da incapacidade de sentir suas próprias

emoções e, portanto, incapacidade de perceber as necessidades vitais de outros seres vivos. Sua advertência se refere à compreensão distorcida que estes profissionais têm dos processos da vida e que está por trás do desenvolvimento de teorias que são causa da constante destruição da própria vida e da natureza, perpetrada em nosso sistema econômico.

Com Reich compreendemos que o medo das sensações bloqueiam a capacidade de mães e profissionais de se identificar com a necessidade dos bebês, das mulheres e dos próprios médicos, com suas emoções durante o trabalho de parto de suas pacientes.

4 CAPÍTULO III

4.1 SUBJETIVIDADES CESARIANAS

Levaremos em consideração que as gestantes que têm o desejo de um parto normal acabam se submetendo a uma cesariana sem uma indicação confrontada com informações e evidências. Podemos dizer, inspirados em Spinoza, que estariam padecendo de paixões tristes, de ideias inadequadas que correspondem a uma diminuição de sua potência.

Partindo de uma configuração comum no campo social brasileiro, pensemos em pessoas assujeitadas ao saber e ao poder biomédico, que não questionam prescrições e tratamentos e costumam delegar as decisões sobre seu corpo e sua saúde aos médicos e profissionais de saúde ao longo da vida. Em qualquer circunstância, partindo da lógica spinozana dos afetos, as ideias são produzidas em rede, por imitação, constituindo um tecido no qual se sustentam. No caso do parto, da mesma forma, as ideias que se tem sobre o mesmo e seus efeitos se disseminam e contagiam em todas as direções, produzindo subjetividades.

Para exemplificar algumas configurações subjetivas na biopolítica contemporânea relacionadas ao fenômeno da cesariana em massa, podemos citar:

- uma mulher amedrontada, imatura e dependente, que teme os riscos e prefere não viver determinados desafios inerentes ao processo da vida;
- uma pessoa fortemente influenciada pela grande mídia, que propaga sistematicamente a medicalização da vida;
- mulher emocionalmente cindida entre o desejo e o temor, e reiteradamente instada a alimentar uma crença de incompletude, incapacidade, dependência;
- subjetividades acomodadas, que fogem ao essencial e enaltecem a superficialidade, vivendo na negação da morte, alimentando-se de venenos, sem motivação para criar melhores maneiras de viver e proteger a vida;
- subjetividades irresponsáveis, descompromissadas, que não se importam com a desertificação da terra na qual alimentarão seus filhos;
- subjetividades dissociadas que bloqueiam os processos de produção da própria vida, corrompendo e desperdiçando sua potência vital no momento do parto.

São mulheres que podem, elas mesmas, terem vindo ao mundo por um parto cesário. Desde muito pequenas acostumadas a uma vida medicalizada, onde todo e qualquer desequilíbrio de saúde é tratado como doença, por especialistas e medicações, adquirindo uma

dissociação entre hábitos cotidianos, percepções e sensações do corpo, tratado como uma máquina que deve ser levada ao mecânico quando apresenta algum defeito.

Habitadas a consultas regulares com ginecologistas para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e controle da fertilidade, tais mulheres nem percebem o quanto estão sob os ditames do processo de medicalização, muitas vezes considerado símbolo de segurança e status, sem consciência do controle e da despotencialização a que estão submetidas. Mesmo com nível superior, cultas e bem-informadas elas parecem ignorar o risco cirúrgico envolvido na cesariana desnecessária.

Podemos dizer que a cesariana tem sido uma prática de sequestro da potência que existe na função materna e que é enormemente favorecida no momento do parto, graças ao contato orgonótico propiciado pelo ambiente corporal inundado de ocitocina. A cesariana bloqueia a experiência corporal, inviabiliza o contato pele a pele e enfraquece o sistema de defesa e adaptabilidade ao dificultar a amamentação no momento imediato após o parto, quando acontece a primeira imunização do bebê pelo colostro. Além disso, a cesariana impede os estados alterados de consciência característicos do sistema de compensação hormonal³⁸, pela não liberação de endorfinas no processo fisiológico do parto.

Apesar do curto tempo em que essa massificação da cesariana vem acontecendo no Brasil, principalmente a partir de 1970, já existe um número muito grande de jovens em idade reprodutiva que nasceram de cesariana e têm esta como referência, introjetando uma ideia de fragilidade e de impotência de parir.

Em Utah foi realizado um estudo (ODENT, 2004, p. 34) com todas as mulheres que nasceram entre 1947 e 1957, e que entre 1970 e 1991 tiveram seus filhos, para avaliar a relação existente entre a forma como nasceram e a forma como deram à luz. O resultado mostrou que as mulheres que nasceram de cesariana, por uma falha no processo do parto de suas mães, tiveram seis vezes mais probabilidade de ter seus filhos também por cesariana, em comparação com o restante do grupo. É interessante pensarmos, a partir do que viemos discutindo até aqui, o que significa esse resultado. As mulheres herdaram da mãe? Trata-se de uma mutação genética? Ou de imitação de padrão orgonótico? Ao tratar da questão da hereditariedade, Reich observa que “o organismo da mãe é, estritamente falando, o primeiro ‘fator social’ do embrião não nascido”. (2009, p. 294). O caráter herdado, para Reich, como já dito anteriormente, não está relacionado meramente à carga genética, dependendo das condições orgonóticas que constituem o “fator social” para que se estabeleça uma biopatia.

³⁸ Para saber mais, ver Odent, 2009.

Odent (2013, 2003) enfatiza a importância do conceito de epigenética, estudo das mudanças hereditárias na expressão gênica que independem de mudanças na sequência primária do DNA, para a compreensão de inúmeras doenças e comportamentos característicos de nosso mundo contemporâneo como o autismo, a anorexia, a criminalidade na adolescência, que têm no período primal o período crítico ou sensível para serem manifestados. Como dissemos, antes do banco de dados criado pelo Centro de Pesquisas Primal Health era difícil relacionar as formas de nascer com doenças e problemas sociais e relacioná-los com as mudanças no estilo de vida. Só existiam pesquisas relacionadas aos eventos imediatos em torno do parto e do nascimento. Hoje, de acordo com Odent, já sabemos que “o período dentro do útero é o período da vida com a maior adaptabilidade e vulnerabilidade para os fatores ambientais”³⁹. “Quando pesquisadores exploram o histórico das pessoas que expressaram algum tipo de capacidade deficiente de amar – a si próprio, ou os outros – sempre encontramos fatores de risco no parto.” (ODENT, 2003, p. 81). Nesse sentido, a epigenética está preocupada em identificar o período sensível para determinada marca genética despertar, identificando as condições ambientais relacionadas a um resultado específico, como é o caso do autismo.

O autor chama atenção para o fato de que esse tipo de avaliação é fundamental para pensarmos em termos de uma coletividade. Quando fatores culturais começam a modificar o funcionamento genético, fisiológico, é necessário pensar em termos coletivos. Nesse sentido, é bom lembrar que os casos individuais terão sempre possibilidade de serem tratados, recuperados de alguma forma com a quantidade de recursos que já estão disponíveis hoje. A questão aqui está voltada para pensar as mudanças radicais que determinados estilos de vida podem produzir sobre o funcionamento da vida e até mesmo sua continuidade, implicando mudanças genéticas. (ODENT, 2013).

4.2 O QUE PODEM OS AFETOS?

Também temos que pensar no processo afetivo de identificação, a “imitação” ou “vínculo” osmótico de um comportamento. Bove (2010a) nos diz que a lógica dos afetos em Spinoza parte do princípio de que “o real é integralmente inteligível” e de que os afetos devem ser compreendidos à luz das leis da natureza. Sejam eles imaginários ou da ordem das paixões, todos os afetos podem ser compreendidos pelo pensamento. Não somos diferentes de

³⁹ “[...] the period inside the womb is the life period with the greatest adaptability and vulnerability to environmental factors.” (ODENT, 2013, p. 50).

tudo quanto existe e é governado pelas leis da natureza, “não somos um império num império”. (SPINOZA, 2009a).

Nesse sentido, é possível compreender como determinados afetos experimentados sistematicamente por uma coletividade, como no caso da cesariana em massa, pode levar a uma modificação que se replica, se perpetua, caso não sejam modificadas as condições ambientais. Em uma perspectiva spinozana, podemos pensar que o medo e a ansiedade, acompanhados da incapacidade de agir, quando presentes no parto, podem levar ao desenvolvimento de determinadas patologias ou traços de comportamento que, por contágio, vão constituindo o caráter da nossa sociedade. Podemos observar, por exemplo, que a perpetuação de práticas violentas nas rotinas hospitalares, como cortar a vagina, impedir que a mulher se movimente, que beba água, induzir o parto com hormônio sintético (todas proscritas pela OMS), geram experiências de sofrimento que são disseminadas para outras mulheres, que sofrem por identificação, por imitação afetiva e passam a sentir medo do parto também.

O afeto, enquanto variação da nossa capacidade de afetar e ser afetado, de produzir efeitos, exprime modificações tanto no espírito quanto no corpo, que aumentam ou diminuem nossa capacidade de agir. Dessa forma, compreender as causas de nossos afetos favorece nossa capacidade de ação e plasticidade. A experiência humana de conhecimento acontece na forma singular de afetar e ser afetado, por associação de ideias, por transferência, temporalização e contágio, como já explicado por Bove (2010a). A produção da vida, ou o conatus para Spinoza, dispõe nosso corpo e nossas capacidades perceptivas, imaginativas e sensíveis como uma rede de forças, de “relações energéticas” que, de forma concomitante, nos impulsionam a agir e nos aproximam da verdade do conhecimento intuitivo. Como também o contrário é verdadeiro. Quanto menos somos causa de nossos afetos, menos capacidade temos de agir. Spinoza diz, no Tratado Político, que nosso direito é proporcional à nossa capacidade de agir e de desejar.

Dessa forma, herdamos também padrões subjetivos condicionados moralmente por valores e regras que não respondem à natureza do funcionamento autorregulado, espontâneo. Porque em nossa sociedade, muitas práticas sociais já nos constroem o movimento desde o início, bem antes de nascermos. Se pensarmos na reprodução assistida, por um lado, é maravilhoso, sem dúvida uma conquista da tecnologia, útil em uma situação de exceção. Entretanto, caso a exceção se torne a regra, terá implicações na redução do movimento inerente ao ato sexual, que passará a ser dissociado da concepção. Assim como tem acontecido com a cesariana, que toma o lugar do parto como se fosse natural.

4.3 AFETIVIDADE E POTÊNCIA

Na situação da cesariana programada, o corpo da mulher não chega a entrar em trabalho de parto. O corpo perde a oportunidade de afecções que se relacionam ao movimento mesmo do corpo e de todo processo que se desenrola a partir de fluxos hormonais e de mudanças nos estados de consciência e contato com o dentro e o fora de si. Tomando a proposição 38 EIV:

É útil ao homem aquilo que dispõe o seu corpo a poder ser afetado de muitas maneiras, ou que o torna capaz de afetar de muitas maneiras os corpos exteriores; e é tanto mais útil quanto mais torna o corpo humano capaz de ser afetado e de afetar os outros corpos de muitas maneiras. E, inversamente, é nocivo aquilo que torna o corpo menos capaz disso. [...] quanto mais o corpo se torna capaz disso, mais a mente se torna capaz de perceber. (SPINOZA, 2009a)

O que faz com que a maior parte das mulheres que se submetem não se esclareçam quanto à real segurança deste procedimento para ela e para o bebê? Até que ponto a cesariana é necessária e segura? Por que, em uma época com tantos recursos e informações sobre o que é melhor e de que forma podemos minorar as dificuldades no parto, a maioria das mulheres que fizeram uma cesariana afirmam que seu desejo no início da gravidez era de um parto normal? Quais são os processos subjetivos que levam a essa impotência?

De acordo com Spinoza, o conhecimento das causas de nossos afetos, dentre eles o medo, é condição essencial para a liberdade de agir, é o que pode nos fazer derrotar uma ideia de impotência a partir de um afeto mais forte e mais poderoso como a confiança na própria potência. Como aparece na prop.13, EII, esc., o objeto da ideia que constitui a mente humana é o corpo, ou seja, um modo definido da extensão, existente em ato, e nenhuma outra coisa.

[...] quanto mais um corpo é capaz, em comparação com outros, de agir simultaneamente sobre um número maior de coisas, ou de padecer simultaneamente de um número maior de coisas, tanto mais sua mente é capaz, em comparação com outras, de perceber, simultaneamente, um número maior de coisas. (SPINOZA, 2009a)

Pascal Sévérac (2009) nos esclarece sobre esse ponto, que a afetividade, a capacidade de afetarmos e sermos afetados é, em última instância, o caminho de otimização do conhecimento que, quando associado às afecções e imagens produzidas por estas, pode nos levar a combater ideias inadequadas⁴⁰, ou seja, aquelas que nos levam enganosamente à diminuição de nossa potência e nos impedem de lidar com plasticidade e vigor quando somos tomados por afetos contrários à nossa potência de existir.

⁴⁰ Para mais informações, ver Spinoza, 2009a, Prop. 16, 29 e 35 da P. 2; p. 77-82.

Conforme o Axioma, Ética IV: “Não existe, na natureza das coisas, nenhuma coisa singular relativamente à qual não exista outra mais potente e mais forte. Dada uma coisa qualquer, existe uma outra, mais potente, pela qual a primeira pode ser destruída”. (Spinoza, 2009a). Entretanto, a causa de nossa destruição depende do quão potentes são nossos encontros e as composições que fazemos com outros corpos.

É, portanto, como nos diz Sévérac, pela capacidade de sermos afetados que construiremos um corpo e uma mente mais capazes de lidar com as adversidades. Um corpo potente, tenaz, é um corpo com capacidade cada vez mais alargada de afetar e ser afetado, capacidade que lhe confere o poder de buscar os encontros que favorecem sua potência de existir e ser feliz. Um corpo ativo, causa de seus próprios afetos, não é um corpo fechado aos encontros, muito pelo contrário.

4.4 CONTATO E O MEDO DO PARTO

Podemos pensar que o medo do parto é o medo do incremento da excitação orgonótica sexual, que se intensifica no trabalho de parto e culmina com a superestimulação de todo organismo. Para Reich, a saúde psíquica depende da potência orgástica, do ponto até onde o indivíduo pode entregar-se e experimentar o clímax de excitação no ato sexual natural. “Os indivíduos criados com uma atitude negativa diante da vida e do sexo contraem uma ânsia de prazer, fisiologicamente apoiada em espasmos musculares crônicos. É um medo biofisiológico”. (REICH, 1975, p. 16).

Podemos dizer que o parto, em nosso sistema de saúde público ou privado, é, em geral, dessexualizado, assim como a gestação e a amamentação. Entretanto, devemos ter em mente que o parto é o desfecho do ato sexual que levou à concepção, é sua continuidade. Quando se “distorce” o processo vital pode-se apenas gerar o medo. Por outro lado, somente o conhecimento do processo vital pode dissipar o medo. (REICH, 1975, p. 25).

Na maternidade, muitas mulheres se submetem a rotinas sem concordar ou entender para quê. Não conseguem ter uma atitude ativa na condução de prescrições para si próprias ou reagir quando são coagidas ou ofendidas durante o trabalho de parto. À maioria não é dado o tempo do tempo do parto, quase sempre induzido com hormônio artificial. “Mãezinha, não é possível que você esteja sentindo dor, eu já te dei o remédio tem mais de trinta minutos, já fez efeito, assim não dá, vamos colaborar com a gente prá dar tudo certo no final.” “Na hora de

fazer você não gritou, né?”. Como diz Ina May⁴¹, nossos esfíncteres são tímidos, e com tanta intromissão, o mundo inteiro podendo interromper a qualquer momento e lhe perturbar, podemos sofrer em um hospital. “Não é de surpreender que alguns bebês tenham dificuldade para nascer, e que nossos esfíncteres possam subitamente se fechar.”

Por outro lado, mesmo com uma atitude autoritária, muitas vezes hostil, com rotinas que não levam em consideração quem está ali parindo, é possível compartilhar momentos impressionantes no ambiente da sala de parto, sentir a potência arrebatadora da chegada do bebê contagiar a todos, como uma onda de excitação visível, que se expressa nos olhos, na respiração e em outras expressões.

É importante compreender como as mulheres foram associando o parto à necessidade de anestésicos ou intervenções, como a cirurgia cesariana, desconhecendo os afetos envolvidos no momento do parto. Mesmo quando a mulher não está convencida de que a cesariana é a melhor opção, ela pode considerar a utilização da anestesia peridural como um procedimento básico ao qual deve ter o direito, mesmo no caso de não haver nenhum tipo de problema que impeça o parto natural. Desde o início do pré-natal essas opções – parto normal com epidural ou cesariana – são tratadas como opções usuais, como se fossem as formas ideais de parto.

Examinemos a prop. 10, Ética III: “[...] não é por julgarmos uma coisa boa que nos esforçamos por ela, que a queremos, que a apetecemos, que a desejamos, mas, ao contrário, é por nos esforçarmos por ela, por querê-la, por apetecê-la, por desejá-la, que a julgamos boa”. (SPINOZA, (2009a). Nesse sentido, compreendemos que, por desejar tantas vezes não passar pelas agruras tão difundidas sobre o parto normal presentes em sua imaginação e, contrariamente, por desejar as maravilhas imaginárias da cesariana, as mulheres acabam por convencer-se de que desejam fazê-la. Ou que devem sempre ser anestesiadas, dissociando-se do funcionamento fisiológico do parto e ao mesmo tempo não levando em conta as contraindicações dos anestésicos, consequência da mitificação que fazem da dor do parto. Quando levada a acreditar que parir é perigoso, a mulher se torna prisioneira de ideias inadequadas, e assim imagina sua impotência e padecimento, como nos ajuda compreender Spinoza com a prop. 35, EII.: “A falsidade consiste na provação de conhecimento que as ideias inadequadas, ou seja, mutiladas e confusas envolvem”. (2009a). Assim, tomada por afetos de incapacidade e medo, a mulher torna-se incapaz de *sentir, conhecer* e entrar em contato com a verdade das suas necessidades e potência do seu corpo. (REICH, 1986).

⁴¹ Ver documentário *Orgasmic Birth*.

A dor pode ser pensada também como um efeito da experiência orgonótica durante o parto entre o corpo da mãe e do bebê, no incremento das contrações induzidas pelo crescente ritmo pulsátil da ocitocina, que estreita progressivamente o espaço interno entre o corpo do feto e o corpo materno. Nesse sentido, Odent afirma que existe uma função para essa dor fisiológica, que pode ser reduzida ou anulada pela diminuição do funcionamento do neocórtex, sinal corporal para que os hormônios de compensação – endorfinas e opiáceos – sejam secretados e, de forma sinérgica, atuem como analgésico e como hormônio da lactação, deflagrando a secreção de leite. “Qualquer tentativa de eliminar eletivamente a dor irá neutralizar toda cadeia de eventos.” (ODENT, 2013 p. 91)⁴².

Também a dor insuportável pode ser pensada como efeito das couraças musculares, “[...] sobretudo quando impedem o livre fluxo da energia e interferem no aumento quantitativo da excitação orgonótica, provocando a redução da autopercepção e afetando diretamente a consciência”. (COBRA, 2007, p. 63).

A anestesia peridural pode ser pensada como tendo um papel semelhante à couraça, quando tira a sensibilidade das pernas e dessensibiliza o canal vaginal em contato com a cabeça do bebê na hora do período expulsivo. A percepção do corpo e dos movimentos da mulher é distorcida. Quando uma mulher é anestesiada com uma peridural, por mais que se tente minimizar os efeitos anestésicos para a mulher e para o feto, não há como evitar que o processo fisiológico seja **atrapalhado** e a possibilidade de um contato orgonótico potente entre a mãe e o bebê no período expulsivo e logo após o parto seja perdida.

A incapacidade de entrar em contato, de acordo com Reich, distorce suas ideias, impede a mulher de agir em função da “razão” que suas emoções poderiam apontar, lembrando que, para Reich, a razão não está dissociada dos afetos e do corpo, mas ao contrário, diz respeito a lógicas de funcionamento do corpo. Para Reich, o que pode nos guiar em nossas escolhas é a verdade que se disponibiliza a partir de nossa capacidade de contato. Quanto mais somos afetados pelo contato dentro e fora de nós, maior nossa capacidade de experimentar as correntes orgonóticas que nos atravessam no parto. Como diz Spinoza:

É útil ao homem aquilo que dispõe o seu corpo a poder ser afetado de muitas maneiras, ou que o torna capaz de afetar de muitas maneiras os corpos exteriores; e é tanto mais útil quanto mais torna o corpo humano capaz de ser afetado e de afetar os outros corpos de muitas maneiras. E, inversamente, é nocivo aquilo que torna o corpo menos capaz disso. (Prop. 38, EIV). (2009a).

Podemos dizer que a sensação do corpo da mãe com o corpo do bebê é a função mais importante no desenrolar do parto, é o que possibilita toda estimulação do corpo do bebê e as

⁴² No original: “Any attempt to eliminate electively the pain will neutralize the whole chain of events”.

inúmeras afecções até que ele chegue ao meio aéreo, passando pela colonização bacteriana no canal vaginal, pela expulsão de líquidos do corpo, que é literalmente espremido nesse trajeto, por toda estimulação da pele e alongamento do corpo, afecções que tornarão o bebê mais potente, no sentido de estar mais protegido e resistente para a vida fora do útero.

4.5 CONTATO E VERDADE

Durante a gestação e o parto, o contato tem a função de estabelecer a conexão entre o bebê e a mãe, para além do sistema de regulação involuntário. É uma função do movimento e um guia durante todo o processo, sendo condição essencial do ato de parir. Por meio do contato com o próprio corpo, uma mulher identifica suas necessidades durante o trabalho de parto e pode trabalhar em sintonia com o bebê.

O contato se dá no movimento. Um corpo bloqueado em seus fluxos energéticos não pode entrar em contato plenamente. Sua percepção será distorcida. Em seu livro *O assassinato de Cristo* Reich equipara o contato à verdade: “A verdade é o contato pleno, imediato, entre o Vivo que percebe e a Vida que é percebida. A experiência da verdade é tanto mais plena quanto melhor for o contato [...] Assim, a verdade é uma função natural na interação entre o Vivo e aquilo que é vivido. (1986, p. 191).

Reich concebe a verdade em uma perspectiva próxima à de Spinoza, não como um conhecimento a ser alcançado em si, mas como uma função da capacidade perceptiva. Quanto mais coerente com a integração entre contato psíquico, somático e energético, mais fiel e específica será a percepção da realidade dentro e fora de si: “O uso da arma da verdade é, portanto, o uso do contato mais pleno possível com todas as situações da vida; o sentir, o conhecer, o contatar e o influenciar de tudo, dentro e fora. [...] Verdade significa conhecer os próprios caminhos como distintos dos caminhos dos outros”. (REICH, 1986, p. 192). Reich não está fazendo referência a uma verdade universal, está falando do conhecimento que se disponibiliza no contato com as próprias emoções, com o próprio corpo.

Mas, ao pensarmos na questão da cesariana e de toda a rede complexa de medicalização que o nascimento engendra como matriz da vida, devemos nos perguntar: Estamos evoluindo ou estamos nos tornando cada vez mais dependentes e vulneráveis, abrindo mão inclusive do funcionamento fisiológico dos corpos humanos? Para Foucault, não existe poder sem resistência. Sabemos que a vida é em si a própria força de resistência em movimento, rompendo bloqueios ao fluxo vital, transmutando-se em novas formas.

Acreditamos, como Michel Odent, que da mesma forma que a ciência, nos últimos cinquenta anos, teve o poder de mudar milhares de anos de condicionamento cultural a respeito da necessidade do recém-nascido de estar em contato com a mãe, também a ciência contemporânea pode mudar a cultura, no sentido de fazer com que sejam respeitadas as necessidades de privacidade e proteção da mulher em trabalho de parto e, conseqüentemente, garantir o funcionamento hormonal que está na base do desenvolvimento da capacidade de amar entre mãe e filho.

Podemos acreditar que essa mudança possa se dar como um *acontecimento*, “não 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”, como nos indica Foucault (1979, p. 28).

4.6 CRIANÇAS DO FUTURO

Michel Odent⁴³ relata que, ao longo de cinquenta anos, viu o extremo intervencionismo mudar a história do parto, acompanhado do crescimento vertiginoso dos nascimentos por cesariana e de patologias contemporâneas como o autismo, a anorexia, a diabetes, a violência na adolescência e a inexistência de pesquisas que correlacionassem a forma de nascer com os problemas contemporâneos. Em 1986, com o objetivo de pensar as conseqüências da forma de nascer para a saúde ao longo da vida, Michel Odent fundou em Londres um centro de pesquisas, Primal Health Research Centre, que hoje reúne um banco de dados de diversas áreas do conhecimento, correlacionando eventos no “período primal” – a vida fetal, o período perinatal e o ano seguinte ao nascimento. Sua iniciativa é baseada no fato de que não existiam, até então, pesquisas que correlacionassem os diversos campos da saúde com os eventos em torno do nascimento. De modo específico apenas era possível encontrar relação entre as condições de saúde no período perinatal e fatos relacionados ao risco de morte por hemorragias, paradas cardíacas, infecção ou acidentes.

A hipótese de um período crítico, compreendendo a fase uterina até o primeiro ano de vida, já havia sido postulada por Reich (1983) na década de 1940 como período sensível para o estabelecimento das bases da saúde. A pesquisa sobre as relações entre a saúde emocional e os fluxos energéticos maternos e o desenvolvimento fetal foi o mote do projeto Crianças do Futuro (Children of the Future). Para Reich, “O destino da raça humana dependerá das

⁴³ Foi chefe do serviço de cirurgia do Hospital de Pithiviers, 1962-1985, fundou o Primal Health Research Centre (Londres), 1986, autor de 12 livros em 22 línguas.

estruturas de caráter das Crianças do Futuro. Em suas mãos e em seus corações repousarão as grandes decisões”⁴⁴. Reich sentia necessidade de preparar crianças que pudessem viver a vida de forma saudável, que pudessem ser respeitadas em suas necessidades.

De acordo com seu livro *On the prevention of sexual pathology – Children of The Future*, um evento que reuniu em Nova York, em 1940, com o propósito de estudar o funcionamento da vida saudável nas crianças, apenas impulsionou o que já era um objetivo. Na visão de Reich, o caráter encorajado de professoras “solteironas neuróticas” representava um perigo para as crianças e a perpetuação de uma doença social de massa transmitida de geração para geração. Reich alertou diversas vezes para as consequências do desrespeito ao funcionamento autorregulado em bebês e crianças, e a distorção que médicos e cientistas encorajados estariam provocando socialmente a partir de teorias também destruidoras da vida. “Nós devemos promover e não impedir as funções naturais do corpo. Os bons médicos de outrora, com muitos anos de experiência, afirmavam que o primeiro princípio da arte da medicina era ‘não causar dano’ e somente intervir quando a própria natureza não podia superar as lesões.” (REICH, 1983, p. 139).

Sua indignação com a prática de circuncisão em recém-nascidos é um grito sobre o encolhimento biopático, o grande NÃO da humanidade. Sua preocupação estava voltada para prevenir a miséria humana nas próximas gerações. Sua esperança, entretanto, não poderia ser realizada com base no modelo das gerações anteriores, afinal, como disse: “nós não podemos, de maneira nenhuma, pregar a ‘adaptação cultural’ para nossas crianças, quando esta mesma cultura vem se desintegrando sob nosso pés há mais de 35 anos. Nossas crianças deveriam adaptar-se a este tempo de guerra, de genocídio, de tirania e deterioração moral?”. (REICH, 1983, p. 6).

É com a proposta de fazer uma diferenciação, que nunca fora feita até então, entre a criança saudável e a criança doente que se inicia todo projeto de pesquisa que dará origem, em 1949, ao Centro Orgonômico de Pesquisas da Infância (OIRC – The Orgonomic Infant Research Center). Reich planejou durante dez anos como seria o treinamento de pais, médicos e educadores para que as distorções de caráter dos mesmos não fossem transmitidas para os recém-nascidos. O trabalho deveria focar as funções bioenergéticas da criança no desenvolvimento intrauterino, desde a concepção até o parto; até os 5 anos de idade e depois até a adolescência. Reich dizia que o que se consideravam problemas da adolescência eram

⁴⁴ “The fate of the human race will be shaped by the character structures of the Children of the Future. In their hands and hearts the great decisions will lie.” (REICH, 1983, p. 5).

consequências do desrespeito às necessidades sexuais infantis e posteriormente na puberdade, gerando comportamentos substitutivos considerados patológicos em si.

O serviço incluía aconselhamento econômico-sexual para os pais durante a gestação, exames periódicos das condições energéticas do corpo, se havia bloqueio de emoções, raiva, choro. Reich (1983) diz que descobriram muito cedo que tudo ainda estava por ser descoberto. Assim como não sabiam sobre a saúde do bebê, também não sabiam sobre a gestação. A preocupação de arranjar obstetras que não obstruíssem o fluxo energético, acompanhar o parto e os primeiros dias de vida era crucial. Reich considera que os primeiros dias são decisivos, frustrações precoces são responsáveis por depressões crônicas, cisões esquizofrênicas e outras biopatias. Outra dificuldade era acompanhar as primeiras semanas de vida dos recém-nascidos sem saber o que eles sentem, como se expressam de forma natural. Não sabiam diferenciar entre os traços de encouraçamento e os comportamentos vitais naturais. Finalmente, concluem que a tarefa era simplesmente descobrir o que poderia vir a ser uma criança saudável, pois não sabiam praticamente nada.

Durante muitos anos de discussão e trabalho, aprenderam que não podiam esperar que adultos encouraçados lidassem de maneira fácil com essas questões. Foi um trabalho intenso entre os profissionais. Para Reich, o pré-natal deveria contemplar a capacidade dos próprios profissionais terem um funcionamento coerente com o princípio autorregulado, de serem capazes de identificar em si as distorções, os bloqueios impeditivos do contato (os ataques de peste) a que todos estamos sujeitos dentro do nosso funcionamento social, que desconecta as necessidades vitais espontâneas. Reich considerava que, apesar de todos os critérios escolhidos para servirem de guia na avaliação do trabalho com os pais, a saúde não deveria ser tomada em termos absolutos. Entretanto, todas as atitudes, rituais, práticas de saúde ou educacionais deveriam ser consideradas em prol da saúde infantil. Não seriam tolerados nos grupos de pais e profissionais discriminações de qualquer tipo: religiosa, quanto ao estado civil dos casais, ou com relação aos jogos sexuais infantis.

4.7 A ORGONOTERAPIA E A EXPRESSÃO EMOCIONAL

Para tratar o organismo em sua totalidade, tanto orgânica quanto psiquicamente, em suas funções fisiológicas, biofísicas e caracteriológicas, Reich (2009) desenvolveu a orgonoterapia. Sua atuação se dá a partir da noção de que soma e psique estão ambos enraizados bioenergeticamente no sistema plasmático pulsante (sangue e sistema nervoso autônomo). Assim, a orgonoterapia influencia a raiz comum das funções psíquicas e

somáticas por meio da liberação do bloqueio respiratório, da inibição do reflexo orgástico e outras inibições do funcionamento biológico. (p. 405).

A orgonoterapia se baseia fundamentalmente na expressão emocional, nos movimentos do corpo, onde os movimentos expressivos são compreendidos por identificação com nossas próprias emoções. Reich faz um esclarecimento sobre a orgonoterapia, que se vale enormemente da linguagem pré-verbal para influenciar o organismo a se expressar biologicamente, dado que a palavra muitas vezes pode ser utilizada como defesa. (REICH, 1989). São as experiências de contato precoce entre a mãe e o bebê ainda intraútero que vão configurando pouco a pouco, como já vimos, uma noção de integridade, de um self em desenvolvimento, em uma comunicação pré-verbal.

Para prevenir o encorçamento pélvico da mãe, a orgonoterapia deveria restituir o movimento espontâneo do corpo do casal sempre que identificada qualquer disfunção. O casal deveria ser ajudado, no âmbito físico, sexual, psicológico no projeto consciente de gerar um bebê saudável desde a vida intrauterina. Os casais aprendiam a identificar disfunções energéticas em si e primeiros-socorros para lidar com os surgimentos precoces de encorçamento no bebê. Na perspectiva de Reich, “a origem do processo de encolhimento biopático é dependente de funções psíquicas e físico-químicas da atividade bioemocional do organismo no começo de seu desenvolvimento [...] e só aqui, são encontrados os meios para a prevenção deste processo”. (2009, p. 405).

As doenças e mazelas na infância, muito naturalizadas como próprias dessa fase, (assim como são as questões da adolescência, como se tivessem uma causalidade na fase do desenvolvimento) eram objetivadas neste projeto em sua gênese orgonótica. Reich não se contentava em lidar com as bronquites, cólicas ou outros sintomas no início do desenvolvimento, fora do âmbito emocional e das condições orgonóticas da mãe e seus reflexos em termos de bloqueios energéticos no bebê. O acompanhamento desta fase inicial da vida tentava correlacionar condições durante a gestação e os problemas que apareciam no desenvolvimento precoce.

A teoria mecânico-mística da hereditariedade perdeu assim mais campo para a patologia funcional. O problema não é mais um incontrolável “dano embrionário hereditário” que predispõe a criança ao “câncer hereditário”. Em lugar disso, estamos lidando com funções mutáveis da vida, com quantidades de energia e distúrbios de pulsação. Estes distúrbios realmente criam uma tendência à anorgonia, mas esta não se desenvolve se circunstâncias favoráveis erradicarem o dano inicial. O organismo vivo é bastante adaptável às condições da vida, tanto boas quanto más. (REICH, 1983, p. 132).

5 CAPÍTULO IV

5.1 FORA DAS ESTATÍSTICAS – NO TEMPO DO TEMPO

A busca de uma conexão com o bebê parte de um desejo intuitivo, instintivo. Uma das motivações deste trabalho foi a vivência pessoal de um parto em casa. Fui levada a ter minha primeira filha em casa, inicialmente porque saí com medo da primeira consulta de pré-natal que fiz no ambulatório de um hospital público. No entanto, tratava-se de uma consulta comum, como constatei no ano seguinte, já trabalhando na Maternidade-Escola da UFRJ. No início da consulta fiquei apavorada com as perguntas: “Você teve algum contato recente com alguém com rubéola? Você é diabética ou tem alguém na família? Sua taxa de toxoplasmose está muito alta, vamos ter que repetir esse exame!”. Afinal, eu estava doente, havia algum problema comigo? Quando consegui ver onde eu ficaria na hora do parto, deparei-me com um cubículo gelado e sem janela, uma maca alta com perneiras; naquele momento tive certeza de que eu não iria parir ali.

A intensidade subjetiva da vivência pessoal de experimentar a potência que se disponibiliza no parto trouxe consequências que reverberam até hoje. As repercussões determinaram mudanças radicais na minha profissão. Decidi sair do trabalho que desenvolvia como psicóloga do setor de internação em um hospital da UFRJ para acompanhar mulheres no parto, nas enfermarias e na UTI neonatal.

Na experiência durante o trabalho de parto, uma das sensações mais impactantes é a subversão do tempo. É como sair do tempo das horas, o tempo controlado e escrutinado em espaços, o tempo controlado pelo cérebro julgador, e entrar no tempo dos sentidos: do cheiro da água de parto, do tempo de contrair, relaxar, dormir. O tempo para onde os cheiros remetem.

De acordo com João Aprígio⁴⁵, o olfato é o único dos sentidos que não é mediado pelo neocórtex. O olfato nos leva diretamente às memórias imemoriais de nossos ancestrais, todos aqueles que sobreviveram porque um dia foram amamentados. Ao sentir o cheiro do leite humano no corpo da mãe o bebê se dirige instintivamente em busca do seio. Esta informação, que se disponibiliza pelo ambiente hormonal que sustenta o funcionamento do parto e do pós-parto, acontece quando podemos experimentar a potência do nosso corpo sem impedimentos. Podemos inferir que essa é a ordem da razão compreendida no sentido reichiano e spinozista,

⁴⁵ Mestre em microbiologia e doutor em saúde da mulher e da criança, coordenador da rede brasileira de bancos de leite humano – Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz).

como ideia ancorada na capacidade de ação do corpo. Como diz Bergson, “há somente uma duração que leva tudo com ele, rio sem fundo, sem margens, que corre com uma força incalculada em uma direção que não podemos definir” (1974a, p. 36). Assim, há uma temporalidade da potência, como podemos dizer, inspirados em Bergson e Spinoza. Um tempo do contato pleno que leva tudo, tempo da potência da mente e do corpo que, quando não está impedida ou “atrapalhada”, subverte a noção do tempo e estabelece contato com o absoluto.

5.2 CAMINHO INICIÁTICO

O parto pode ser experimentado como um caminho iniciático, de acordo com o que Leloup et al (1999) relatam sobre as investigações de Dürckheim a respeito da experiência “da vastidão do fenômeno humano”. “Por um instante, *desembaraçada* dos poderes cotidianos, *experimentei* uma extraordinária liberdade” (grifos meus), aquele momento privilegiado da vida, momento singular de contato com outra dimensão no próprio corpo.

Um tempo muito mais intenso do que o tempo cronológico, um tempo de transformação, de acesso a novas informações. A experiência de passar, estar no entre, no limiar entre a vida e a morte, pode ser muito poderosa e potencializar uma coragem e um poder vindos de conhecimentos intuitivos que parecem estar à espera desse grande “bodymindstorm”⁴⁶. Bertherat et al. (1997, p. 3) escreveram: “Algo de selvagem, grandioso, violento como a vida e a morte”. Algumas mulheres relatam a percepção de um aumento de sua potência vital durante a gravidez: uma maturidade, uma força que vem junto com a gestação. A mulher fica com os sentidos mais aguçados, mais cautelosa, perspicaz; olfato, tato, percepção intuitiva, contato com memórias infantis. Essa capacidade, essa maturidade, podemos supor tratar-se de mais recursos disponíveis para a proteção da vida com relação aos fatos dissintônicos do ambiente.

O parto seria o pico de experiência sexual da mulher, nesse momento onde é necessária uma iniciação em diversas dimensões da vida, inclusive a morte. Essa experiência, que pode permitir nos ressituar de forma mais racional em relação aos processos do viver. Estar em contato com a dimensão da morte no ato de parir coloca a realidade de nossa incapacidade de controle desse fato, ao qual estão submetidos em igualdade de condições a mulher e o bebê. Essa experiência de amadurecimento em relação à morte nos confere mais

⁴⁶ Uso essa palavra em uma analogia com a palavra *brainstorm*. Quero dizer dessa experiência poderosa e concomitante, essa tempestade no corpo-mente.

tenacidade psíquica, física e espiritual para viver a maternidade como uma relação de compromisso, contato e responsabilidade com as verdades elementares da vida.

5.3 ALGUMAS MULHERES REVELAM QUE O PARTO PODE SER UMA EXPERIÊNCIA DE CURA

“Fui molestada quando tinha seis anos, por um vizinho”. Com essa fala inicial, a gestante entrevistada no documentário *Orgasmic Birth*⁴⁷ relata como a história familiar de abuso, e um estupro que ainda viria a sofrer aos dezenove anos, puderam ser superados depois do parto. Ela não se sentia segura em sua própria casa, sempre existia algum pensamento residual naquela situação, todos os dias, mesmo quando não estava pensando nela, como se alguém fosse entrar em sua casa. Quando soube da gravidez, disse ao marido que queria fazer o parto de forma segura. Tinha medo de ter lembranças na hora e ser muito assustador, não conseguir ouvir palavras ou frases do tipo, solte-se, deixe sair. “Como me render, estar aberta [...]? Então o nascimento do meu filho se tornou a coisa mais poderosa que aconteceu a meu corpo. Eu senti meu corpo sair e esta mulher, que sabia como parir seu filho, entrou e eu me senti transformada.”

Spinoza utiliza a expressão “estar em si” para se referir aos momentos privilegiados em que temos acesso à potência que todos temos, podendo ser causa de nossos afetos. Porém, esse acesso não está dado de uma vez por todas, já que podemos sempre perdê-lo. Eis o que acredito estar presente no momento do parto e que diz respeito à capacidade de perseverar no ser, de sentir-se dona de si, mais forte, corajosa e feliz.

5.4 EM OUTRO PLANETA

É comum dizer que a mulher “foi para outro planeta” quando queremos relatar para outro profissional esse estado que acontece durante o trabalho de parto. Odent usa essa expressão também para explicar o fenômeno da amnésia relacionada à produção de ocitocina e opiáceos no parto. (ODENT, 2013). Acontece que um médico ou acompanhante que não tem experiência às vezes não entende e até mesmo se assusta, como aconteceu com a gestante Joana, há bastante tempo em trabalho de parto na maternidade. Apesar de estar na sala de parto, como já chegou com o trabalho evoluindo, não lhe foi administrado soro. Ela arranjou

⁴⁷ *Orgasmic Birth* (Parto Orgásmico), 2008, documentário de Debra Pascalli e Kris Liem.

uma maneira de ficar quase de cócoras sobre a maca, percebendo, talvez, que não deveria postar-se daquela forma. Ficou muda, sem olhar nos olhos de ninguém, era como se não estivesse ali. A equipe estava tranquila e Joana seguia sem muitas intervenções, toques ou interferências. O plantão mudou. Entrou Felipe, um aluno do internato. Passaram o plantão para ele e disseram que Joana estava evoluindo bem, poderia nascer a qualquer momento. Ele foi olhar o prontuário e viu que há mais de duas horas tinha sido feito o último toque vaginal. Os internos são ainda graduandos, e na sala de parto são orientados a aprender, nas mulheres, a avaliar a dilatação do colo do útero. Felipe concluiu que deveria fazê-lo, para saber se realmente o parto estava próximo. Ele parou na frente da maca e Joana continuou do jeito que estava. Ele tentando que ela o olhasse, mas sem resposta. Felipe começou a ficar nervoso, chamava por Joana e era realmente como se ela não estivesse ouvindo. Felipe gritou, mas não resolveu, Joana estava quase no período expulsivo. Poucos minutos depois o bebê nasceu em cima da maca, sem obedecer às ordens do chefe de plantão, que veio socorrer o interno. Parece que Joana foi arrebatada pela experiência de uma outra temporalidade, de contato com algo que a carregou “levando tudo” durante o tempo em que não estava dominada por afecções contrárias à sua natureza. Ela estava parindo e sendo parida por aquele rio, a que se referiu Bergson. (1974a, p. 36).

5.5 PARTO E INTUIÇÃO

Podemos dizer que a intuição é este contato com a informação que vem diretamente do corpo? Rauter (2012, p. 112-115), ao pensar sobre o fazer do terapeuta na prática clínica, pensa a intuição como uma das dimensões da consciência, como força complementar à inteligência que permite ao analista *apreender o novo*. De acordo com a autora, a intuição em Bergson é um modo de conhecer pelo afeto, que complementa a necessária função utilitária da inteligência enquanto prática de apreensão da vida. A intuição funcionaria então no plano de uma “sintonia afetiva”, *um conhecimento mudo, uma forma de apreensão do constante devir, da dimensão da duração do tempo inscrito no vivo*. Reich, na mesma direção, diz que seríamos uma parte individualizada do plasma cósmico com instrumentos de percepção da realidade que são nossos sentidos, tentáculos que captam as informações dos processos do viver.

Para Bergson, a intuição, é essa “experiência [...] que quando associada a uma duração, pode dizer do real a partir do encontro com o próprio plano do devir, sucessão de *novidade imprevisível*, plano de pura mudança onde se pode experimentar a clareza (*maior ou*

menor) da ideia radicalmente nova e absolutamente simples”. (1974b, p. 121-125). Poderíamos assim pensar a experiência temporal no parto como esse plano de criação de onde parece emergir a mulher-mãe, uma experiência de contato com esse plano fluido, mundo infrapessoal, esse contato com o plano do caos. (RAUTER, 2012).

5.6 O PARTO ORGÁSMICO

Reich (1983) refere-se a um forte contato orgonótico intraútero como o ambiente energético onde floresce a capacidade de amar entre mãe e bebê. Nos partos que acontecem quando a equipe está mais sintonizada com as necessidades da mulher e/ou quando a mulher já tem uma experiência positiva anterior, a expressão “dar à luz” vai além do sentido prático de colocar o bebê nesse mundo fora da barriga; expressa sobretudo o elemento indizível da realização dessa transmutação. Reich lembra-nos que o feto é outro sistema de energia dentro da mãe.

No parto, o melhor que a mãe pode oferecer a ela mesma e ao filho, e o melhor que o filho pode dar a si mesmo e à mãe, é parir, movimento a partir do qual um e outro se regeneram. Quando em máxima afecção corporal, ambos, mãe-bebê, podem chegar ao clímax de corpo-mente gerar uma nova forma de viver, transmutando-se do ambiente aquático para o aéreo, da condição de feto para a condição de bebê, da condição de gestante para a condição de mãe. Spinoza diz que dois corpos juntos, em um bom encontro, formam um corpo mais forte e mais potente do que a soma dos dois.

No parto, onde são paridos mãe e bebê, podemos pensar, a partir da concepção de mutualidade em Winnicott, que as vivências precoces de fusão e separação dos corpos tornam-se “parte da criação que o bebê faz da mãe [...] [e] levam a relações mais sofisticadas entre indivíduos separados que são caracterizadas por empatia”. (DAVIS; WALLBRIDGE, 1982, p. 135). No escólio da prop. 39, EIV, Spinoza diz:

[...] vivemos numa variação contínua e [...] conforme mudamos para melhor ou para pior, dizemos que somos, respectivamente, felizes ou infelizes. Assim, diz-se que é infeliz quem morre quando ainda é bebê ou criança. Contrariamente, considera-se uma felicidade podermos percorrer, com uma mente sã num corpo são, toda trajetória da vida. E, de fato, aquele que, tal como um bebê ou uma criança, tem um corpo capaz de pouquíssimas coisas e é extremamente dependente das causas exteriores, tem uma mente que, considerada em si mesma, quase não possui consciência de si, nem de Deus, nem das coisas. Em troca, aquele que tem um corpo capaz de muitas coisas, tem uma mente que, considerada em si mesma, possui uma grande consciência de si, de Deus e das coisas. Assim, esforçamo-nos, nesta vida, sobretudo, para que o corpo de nossa infância se transforme, tanto quanto o permite a sua natureza e tanto quanto lhe seja conveniente, em um outro corpo, que seja capaz de muitas coisas e que esteja referido a uma mente que tenha extrema consciência de si mesma, de Deus e das coisas; de tal maneira que tudo aquilo que esteja referido à sua memória ou

à sua imaginação não tenha, em comparação com o seu intelecto, quase nenhuma importância [...]. (2009a).

O parto poderia, assim, ser entendido como arte do corpo, como nos diz Vinciguerra⁴⁸, a respeito da arte em Spinoza. O parto da mãe pode ser o corpo autônomo capaz de se entregar às convulsões em seu clímax de expansão e contração, e se oferecer como campo de experimentação da eternidade para si e para o bebê, que já nascerá nesse acréscimo de potência, como causa de seus afetos desde o momento de chegada. A potência que se efetua no parto como uma forma de conhecer pelos três gêneros: se identificar com o bebê, imaginá-lo; sentir seu corpo e compreender suas razões; intuir, experimentar a eternidade no encontro de corpos.

Compartilhar da chegada do bebê é ser inundado por esse transbordamento energético que é como experimentar o nascimento da própria potência. “A mãe que participa plenamente do clímax convulsivo do orgasmo estará mais bem-preparada para o empurrão energético da expulsão. Ela dá à luz. O bebê não é tirado dela. Ela deixa o bebê vir, assim como o orgasmo.” (BOADELLA, 1992, p. 51). “Ter um bebê tem muito em comum com fazer um bebê”, Sarah Buckley, médica. Muitas mulheres têm orgasmos no período expulsivo.

No documentário *Orgasmic Birth* Amber relata os dois “orgasmos retumbantes” que teve em trabalho de parto. Ina May Gaskyn, parteira, diz a respeito do parto: “Se você ouvir uma mulher em trabalho de parto, que está sendo cuidada adequadamente e que foi bem preparada para o parto, ela parece estar tendo uma ótima relação sexual”.

Para a parteira Elisabeth Davis:

Precisamos oferecer a informação, a opção de um parto espontâneo e natural, como uma oportunidade atrativa e sedutora, não apenas para fazer as coisas corretamente para o bebê, para um bom começo de vida, mas um passo adiante para vivenciar algo que a vida dificilmente oferece. Se eu lhe contar que você pode ter um dos momentos mais transcendentais da sua vida, do ponto de vista espiritual, emocional e físico, e que este é o mapa para conseguir, você diria “não”?

5.7 CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO – A CASA DE PARTO DO RIO DE JANEIRO

Entre 2006 e 2008, como atividade do estágio supervisionado de graduação do curso de Psicologia da UFRJ “Psicologia na Maternidade”, as turmas de estágio passaram a ter como atividade do semestre uma visita à Casa de Parto David Capistrano Filho. A atividade

⁴⁸ Prof. Lorenzo Vinciguerra – Université Picardie Julio Verne D’Amiens/França. Conferência “Spinoza, Arte e Liberdade”. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal Fluminense, em 18 set. 2014.

teve o objetivo de apresentar aos estagiários uma modalidade de atenção ao parto onde a mulher fosse respeitada em suas necessidades de privacidade, respeito ao funcionamento fisiológico, participação de acompanhante; com a atuação de enfermeiras obstetrias, exclusivamente; e práticas não invasivas e farmacológicas para alívio da dor. Na verdade, esta forma de funcionar representa um outro modelo paradigmático, onde a mulher é vista como protagonista do parto, tendo a responsabilidade de decidir a partir de seu desejo e do contato com seu corpo, e de elaborar um plano de parto onde suas expectativas determinam um planejamento que passa a ser administrado junto com a equipe, que tenta viabilizar um suporte para a realização do mesmo.

As visitas superaram as expectativas e enriqueceram enormemente a possibilidade de uma visão crítica quanto a outras formas de parir e o tipo de assistência prestada pela Maternidade-Escola (que é uma maternidade referência para gestação de risco com modelo tradicional de atendimento por médicos) no contexto das políticas públicas. A Casa de Parto é um lugar onde as práticas de assistência e a relação das enfermeiras com as mulheres estão voltadas para catalisar o que estamos denominando de “potência do parto”. Os indicadores de sucesso, em uma observação empírica, passam pelos indicadores de mortalidade e de morbidade, mas vão muito além e estão referenciados na plena capacidade da mulher de viver o momento do parto com a potência de seus próprios hormônios em uma experiência de prazer e conexão com o bebê.

Em uma das visitas⁴⁹ feitas à Casa de Parto David Capistrano, tivemos a oportunidade de assistir ao vídeo do parto de uma enfermeira da Casa. A expressão da mulher, recostada na cama, jamais poderia indicar que ela estivesse em franco período expulsivo, pelo menos no imaginário dos que estavam assistindo. A mulher, com um espelhinho na mão, olhava a cabecinha de seu bebê, já de fora, e com a outra ia acariciando sua face, como se quisesse estimular esse finalzinho de trabalho da saída do bebê para esse mundo. Expressava uma calma, uma curiosidade tão delicada chamando seu bebezinho... Foi assim que ele chegou, sem uma única expressão de dor ou apreensão. Ficamos abismados, testemunhas do que continua movendo a vida e sendo movido por ela: experimentar os efeitos dessa “potência em ato”, esse aumento de potência quando corpo e pensamento estão fusionados em um “contato pleno”, **quando não atrapalhamos**.

Esta única Casa de Parto em funcionamento no Rio de Janeiro já foi alvo do Conselho Regional de Medicina (Cremerj) inúmeras vezes. Ao longo dos últimos anos (a Casa foi

⁴⁹ Atividade de estágio curricular Saúde Materno-Infantil na Maternidade-Escola da UFRJ, 2003-2006. Visita com estagiários de psicologia da UFRJ à Casa de Parto David Capistrano, Realengo, Rio de Janeiro.

aberta em 2004), foi fechada em alguns episódios, com alegações sobre a má qualidade do atendimento, “inclusive com notícias falsas [...] (divulgadas pelo Cremerj sobre óbitos ocorridos na Casa), na intenção de influenciar a opinião pública”. (GAMA, 2004; ZVEITER, 2011, p. 18). Apesar de todas as pressões, de acordo com Zveiter (2011), a Casa de Parto funcionou sem registro de óbito materno ou neonatal até o segundo semestre de 2007.

Na Casa de Parto ouvimos da coordenadora, Edymara Tatagiba Medina, as inúmeras histórias de resistência da equipe para não deixar a Casa ser fechada e as estratégias utilizadas com esta finalidade: autonomia e empoderamento da mulher no processo de parturição; participação da família; utilização de tecnologias não invasivas como chás, massagens, banho de chuveiro, imersão na banheira, ambiente acolhedor, todos os recursos baseados em evidências científicas, de acordo com orientações do Ministério da Saúde e da OMS. (ABENFO, 2011). Além disso, havia sempre uma ambulância na porta caso houvesse necessidade de recorrer à vaga garantida no Hospital-Maternidade Alexander Fleming. No quarto, com cama de casal, havia banheira de hidromassagem, bola de pilates, barra para segurar na parede. O marido era convidado a dormir se a mulher estivesse em trabalho de parto. Essa é uma casa de parto da prefeitura e exibe um atendimento difícil de ser encontrado nas melhores maternidades particulares do Rio de Janeiro. Obviamente, estamos falando de um atendimento que toma a mulher como protagonista e responsável por seu corpo. Na Casa, o trabalho das enfermeiras é “o cuidado que não faz pelo outro, mas ajuda o outro a ser si mesmo” (ZVEITER, 2011, p. 82), bem diferente do que as enfermeiras fazem no atendimento tradicional de enfermagem em outras maternidades porque, de acordo com Zveiter (2011), naqueles ambientes a mulher, na maior parte das vezes está “completamente velada, não tem direito a falar a partir de si mesma”. O cuidado das enfermeiras na Casa de Parto é diferente porque, da mesma forma que à parturiente é dada a possibilidade de ser a si própria em cada momento, também à enfermeira é possível ser ela mesma de acordo com a relação específica em cada atendimento. “O tempo vivido pela enfermeira, no acompanhamento da mulher que dá à luz na Casa de Parto, é o seu próprio passar.”(ZVEITER, 2011, p. 79).

“O uso da bola, o banho quente, os movimentos ativos e as massagens, o ambiente familiar [...] liberam algo e com isso situam [a técnica de cuidado das enfermeiras] num completo surgir” (HEIDEGGER, 2001, 1987, p. 49 apud ZVEITER, 2011, p. 78). O atendimento das enfermeiras na Casa de Parto, no relato de Zveiter, faz lembrar o que Reich preconizou e preparou com sua equipe no OIRC, em 1949: uma equipe onde cada profissional fosse capaz de estabelecer contato orgonótico com as mulheres, esposos e bebês e com os outros profissionais da equipe. Reich estava tentando uma mudança na forma de lidar dos

profissionais com seus próprios anseios e possibilidades, com a capacidade de cada um estabelecer contato com suas próprias emoções para poder fazer o mesmo com as mulheres e bebês, uma mudança no caráter. É claro que estamos falando de mudanças estruturais e sabemos o quanto este é um trabalho profundo e complexo.

5.8 CALDEIRÃO

As mudanças que ocorreram nos últimos cinquenta anos no âmbito do parto, na velocidade da industrialização e do desenvolvimento biotecnológico, envolvem, na realidade brasileira, outros fatores que descrevem um cenário múltiplo. Uma outra historicização é possível levando em consideração o campo de forças que constituem as relações de saber e poder na década de 1960, com a medicalização do parto, já fortemente legitimada pela redução da mortalidade materno-infantil. De acordo com Tornquist (2010), os médicos Fernand Lamaze, ligado ao partido comunista, e Grantly Dick Read – críticos da obstetrícia convencional – “questionavam a intervenção excessiva dos profissionais de saúde sobre o corpo das mulheres”, afirmando uma potência inata das mesmas para o parto, ao contrário do que era difundido pela Igreja e pela obstetrícia. Inspirados pelo método pavloviano utilizado na União Soviética para facilitar o parto, trouxeram para a França, a Inglaterra, e posteriormente para a América do Sul, o famoso método do Parto sem Dor, como ficou conhecido em vários hospitais brasileiros nas décadas de 1960 e 1970. Ainda de acordo com Tornquist (2010), este foi um fato extremamente relevante para o processo que hoje se configura como “humanização do parto” na saúde pública no Brasil, e paralelamente teve desdobramentos que contribuiriam para o que se pode chamar de parto natural. Entretanto, este método do Parto sem Dor desapareceu do mapa obstétrico pois, apesar de resultados positivos, em termos de associar informação com exercícios e diminuição da dor, parece ter mantido uma postura reacionária ao protagonismo da mulher com relação ao seu corpo. Este é um ponto que se refere ao jogo político na cena do parto e que também compõe as tensões neste cenário.

5.9 MULHERES BRASILEIRAS, MANIFESTAI-VOS!

De acordo com Diniz (2005), o termo “humanização do parto” está referido a uma multiplicidade de conceitos, direitos, estratégias que visam dar conta de mudanças que vêm sendo operadas nos serviços de atenção ao parto de forma lenta e com enormes resistências

por parte dos profissionais. A humanização significa garantia de direitos, de integridade corporal, de não sofrer violações físicas e psicológicas nas instituições, de não sentir dor, de escolha informada de procedimentos, de ter acompanhante, de fazer alojamento conjunto, de acesso à tecnologia. A humanização também envolve o deslocamento da função exclusiva do médico para a enfermeira, no parto normal, e o direito à participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, entre outras, como estratégia também de permitir o exercício de um certo protagonismo da mulher dentro do contexto institucionalizado do parto. Entretanto, esse é ainda um avanço a ser conquistado, embora de alguma forma se encontre mais próximo de mudanças efetivas.

5.10 SOMOS TODAS ADELIR⁵⁰

Por incrível que possa parecer, dar à luz em casa, como acontece em algumas regiões no interior do Brasil, com a potência do próprio corpo e ajuda de uma parteira, pode ser considerado um ato subversivo em nossos centros urbanos. O Conselho Regional de Medicina proibiu, e ameaçou com punição, que médicos participassem de um parto domiciliar, mas foi obrigado a voltar atrás por pressão da sociedade civil.

No Rio de Janeiro, as gestantes que optarem por ter seu filho em casa não podem mais contar com o auxílio de um médico obstetra. O Conselho Regional de Medicina do estado (Cremerj) proibiu estes profissionais de participarem do processo, e quem desobedecer poderá ser processado e até perder o direito de exercer a profissão. (TRIBUNA HOJE, 2012).

Depois de protestos, passeatas e pressão do Conselho de Enfermagem (Coren-RJ), a Justiça do Rio suspendeu a resolução por entender que a mesma fere os direitos de escolha da mulher.

Em abril deste ano de 2014, em Torres, no sul do país, em uma ação ainda mais drástica, a justiça determinou que a gestante Adelir, com 40 semanas de gestação, fosse conduzida de sua casa, por três policiais, ao hospital Nossa Senhora dos Navegantes para ser obrigada a fazer uma cesariana. (SENA, 2014). Essa brutalidade aconteceu na madrugada do dia 1º de abril, quando Adelir se encontrava em pleno trabalho de parto, acompanhada do marido, da doula e dos filhos. A médica plantonista que atendeu Adelir horas antes no hospital solicitou ao Ministério Público tal procedimento depois que Adelir assinou o termo de responsabilidade e foi para casa. É importante esclarecer os fatos, pois uma das falsas

⁵⁰ Adelir Carmen Lemos de Góes, puérpera, em nome de quem foi encaminhada à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos da Presidência da República uma denúncia formal de violação dos direitos humanos e violência obstétrica.

alegações da médica foi que Adelir era irresponsável e que estaria colocando a vida do nascituro em risco, a qual ela tinha obrigação de proteger.

Adelir teve seu primeiro filho de cesariana, com 39 semanas de gestação, por indicação do médico de plano privado que a acompanhava. Segundo Adelir, ela não tinha informação e morava em uma cidade pequena. Na segunda gestação, com 41 semanas, o médico disse que o bebê estava com os batimentos cardíacos caindo, e foi outra cesariana. Depois da cirurgia, o médico avisou que, por uma questão na cicatriz uterina, ela não deveria fazer uma nova cesariana caso engravidasse, pois era arriscado.

Foi por isso que, na terceira gestação, Adelir decidiu procurar informação e contratou uma doula, que acompanhou todo seu pré-natal, sem descartar, entretanto, a possibilidade de que uma cesariana pudesse ser necessária. Contudo, estava disposta a tentar o parto vaginal, desde que tudo estivesse bem, como atestaram todos os exames ao longo do pré-natal, inclusive naquele dia, em que logo após os exames entrou em trabalho de parto e voltou ao hospital.

Depois de ter explicado à médica plantonista que estava fazendo pré-natal e entregar os exames que fizera naquele dia, que atestavam boas condições e 40 semanas de gestação, a plantonista insistiu que Adelir teria que fazer uma cesariana. Ao afirmar, contrariamente ao exame, que seu bebê estava com as pernas para baixo (pélvico) e em sofrimento, pois já passava de 42 semanas, Adelir decidiu ir para casa, enquanto se desenrolava o trabalho de parto na companhia do marido e da doula.

O desfecho tenebroso de levar Adelir em franco trabalho de parto, presa, sem a possibilidade de ter a companhia do marido, impedido de entrar na sala de cirurgia, com a justificativa de se tratar da defesa dos “direitos do nascituro”, é de uma aberração que chega a atordoar. A médica, durante a cirurgia, “dizia que eu era uma irresponsável, uma assassina, uma louca. Que se eu tivesse marcado a cesárea antes nada disso precisava ter acontecido. Se eu tivesse marcado a cesárea, meu marido podia estar ali tirando foto agora”.

De que forma, interpretar tamanha atrocidade cometida por uma médica que, em nome de sua competência profissional e de seu dever, viola direitos constitucionais e compromissos éticos, bom-senso, humanidade, sensibilidade e comete tamanha violência? Por que tamanho ódio e perversidade, tamanha violência e crueldade em nome de proteger a vida? Podemos dizer que este é um exemplo (caricatural até) da peste emocional a que Reich se referiu. A médica feriu a autonomia, invadiu a privacidade, colocou em risco a vida e a sanidade mental de Adelir, expôs toda a família, o marido, a criança, o filho adolescente, uma sociedade que assistiu a um exemplo do que acontece sistematicamente em nossos hospitais. Émerson acha

que foi proibido de acompanhar a esposa porque “se eles tivessem me deixado entrar, eu ia ver se realmente a bebê estava em sofrimento, como ela dizia. Se realmente ela estava sentada e não encaixada como Adelir sentia. Por que não me deixaram entrar? A bebê nasceu bem. E se ela nasceu bem, então ela não estava em sofrimento. Mentiram pra gente”.

O caso de Adelir provocou manifestações e repúdio em mais de trinta cidades no Brasil e ganhou visibilidade internacional. As Secretarias de Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República fizeram manifestações em apoio à luta contra a violência obstétrica no Brasil e em defesa de Adelir.

Ainda hoje, em 2014, no Brasil, de acordo com Simone Diniz (2014),

a maioria das mulheres que dá à luz pela via vaginal o faz deitada em posição de litotomia (com a barriga para cima e pernas levantadas). A maioria delas tem o seu parto induzido ou acelerado com ocitocina (sintética). A maioria tem sua vagina cortada em uma episiotomia (para supostamente facilitar a passagem do bebê).

Entretanto, os Conselhos Regionais de Medicina vêm, ao longo dos últimos trinta anos, fechando, uma após a outra, as poucas casas de parto que existiam no Brasil, com alegações que contradizem a própria existência da enfermagem obstétrica, que durante muito tempo foi responsável pela condução dos partos de baixo risco. Apesar de dados estatísticos mostrando que a realidade do parto em casas de parto ou centros de parto normal é mais segura do que o parto hospitalizado, como aponta o próprio documento elaborado em 2012 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), há claramente uma guerra empreendida pelos conselhos de medicina para continuar dominando o lucrativo mercado da reprodução humana, que não se limita ao parto, mas envolve a reprodução assistida, desde a concepção até o nascimento.

Diante de tanta violência e insensatez, torna-se indispensável questionar por que tantos esforços são feitos para impedir que as mulheres vivenciem a potência de parir e dar à luz em segurança. Para além dos motivos econômicos e mercantis, para além do ódio ao vivo, como Reich incansavelmente advertiu, é muito evidente que devemos nos alertar para o poder que se tenta eliminar e que reside no parto.

5.11 POR UM PARTO SUBVERSIVO

Nesse sentido, o parto vaginal, que acontece com o mínimo de intervenções, que potencializa o funcionamento fisiológico, que respeita as necessidades de privacidade e proteção, a autonomia e o desejo da mulher de parir da forma que considera mais apropriada,

cercada das pessoas de sua confiança, este tipo de parto pode ser considerado subversivo, pode ameaçar um sistema socioeconômico ao engendrar subjetividades confiantes, empoderadas, que respeitem o funcionamento da natureza em si e no ambiente. O ato de parir pode romper com a cadeia de medicalização, diminuindo radicalmente a necessidade de utilização de recursos e procedimentos fora das necessidades básicas de conforto ambiental, espaço e mobilidade requeridos para o desenvolvimento do processo fisiológico do parto. Desta forma, o parto se torna subversivo por não inserir o recém-nascido em um sistema que faz do maquinário tecnológico, da frieza ambiente, da frieza relacional a primeira referência.

O parto é subversivo em um sistema que respeita a vida e quer potencializá-la. O parto é subversivo quando protege a intimidade do ambiente sexual do parto, de onde brota a capacidade de amar. Uma atitude que destitui o poder do médico (quando este é desnecessário e causa dano) e do aparato hospitalar, que prescinde de toda parafernália tecnológica (que tem servido para tornar a função fisiológica inoperante), que restitui à mulher o direito de decidir sobre a postura que deve tomar, o lugar onde deve estar, a companhia de quem deseja na hora de parir, só pode ser considerado um parto subversivo em uma sociedade que corrompeu sua natureza comum.

E, nesse sentido, a potência que se aloja nesse encontro de corpos, que é o momento do nascimento, sem dúvida é subversiva, pois rompe com a ordem mercadológica do parto, estabelecida por nossa sociedade. A subversão está na potência catalisadora deste momento capaz de revelar a capacidade que todas as mulheres têm de escolher de que forma querem dar à luz seus filhos e, muito mais que isso, de que forma pensam cuidar, educar e gerir a vida de seus filhos após o nascimento. A continuidade da amamentação, que sustenta a continuidade da produção hormonal, ocitocina-prolactina – hormônios que conferem a potência –, de alimentar e ver o filho saudável à custa do próprio corpo da mulher, tem papel essencial nesta possibilidade de subversão.

Uma mulher que amamenta exclusivamente durante seis meses – como é preconizado pelo Ministério da Saúde, apesar de paradoxalmente oferecer licença-amamentação de quatro meses – coloca em questão os horários e contratos de trabalho quando tem sob sua responsabilidade um ser humano, já bastante vinculado a si pela amamentação. Além disso, uma mãe que amamenta sente os efeitos de sua própria alimentação na saúde do corpo de seu bebê. Essa experiência direta favorece que a mulher questione sua própria alimentação, a nocividade de comidas artificiais, cheias de agrotóxicos, que passam a ser administradas de maneira naturalizada na alimentação de um bebê que é criado em creches.

Existem dados, que já circulam há bastante tempo na internet, sobre a cadeia de produção movida pelo consumo de leite de vaca, a quantidade de terras improdutivas, a utilização de embalagens e a produção de doenças e alergias – provocadas pelo consumo de um leite que deve ser, preferencialmente, consumido por bezerros – e a consequente utilização de remédios para combater alergias provocadas também pela utilização de defensivos químicos na agricultura, e que move boa parte do negócio que envolve as fazendas de gado e os laboratórios, em uma cadeia interminável.

Para os humanos existe o leite materno, que contém mais de trezentos componentes que possuem uma gama de funções inimagináveis, a melhor digestibilidade para o recém-nascido, é anti-inflamatório, bactericida, estimula o cérebro, é antioxidante, tem todos os anticorpos da mãe, especificamente característicos do lugar onde ela reside e, portanto, de qualidade diferente na Amazônia ou em Copacabana. O já citado Professor João Aprígio, em suas aulas no Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz) é o responsável por estas informações e inúmeras outras características, que fazem com que uma mulher que tem esse conhecimento não queira abrir mão da amamentação e comece a questionar a forma como é compreendida a chegada de um bebê ao mundo e qual a função da maternidade nesse contexto. Poderíamos, sem dúvida, continuar por muitas e muitas páginas falando sobre o quanto o evento sexual gestação-parto-puerpério-amamentação é um evento subversivo quando não é atrapalhado em seu movimento espontâneo, autorregulado. Subversivo para um sistema que se organiza na contramão do funcionamento vital.

A mãe que precisa administrar o lazer de uma criança durante o dia questiona a administração do seu bairro e os locais onde ela pode estar com seu bebê para momentos de diversão. Um coletivo de mulheres que são responsáveis pelos cuidados diretos do filho, diariamente reunido, é uma força de transformação que pode ser perigosa.

Sévérac (2009) afirma que um corpo ativo, causa de seus próprios afetos, é um corpo aberto aos encontros. Um corpo potente, tenaz, é um corpo com capacidades cada vez mais alargadas de afetar e ser afetado, capacidades que lhe conferem o poder de buscar nos encontros o que favorece sua potência de existir e ser feliz. Como nos diz Sévérac, é pela capacidade de sermos afetados que construiremos um corpo e uma mente mais capazes de lidar com as adversidades.

Nesse sentido, as gestantes amedrontadas com o parto e os riscos inerentes ao processo precisam experimentar em seu próprio corpo as possibilidades que o mesmo tem de se adaptar a novas funções, experimentar, por meio do conhecimento, novos afetos que favoreçam o parto, projetar, fazer planos para o parto e criar estratégias, recursos para lidar

com os desafios a serem vencidos, como a dor e o medo. Ser gestante de novas condições capazes de suplantarem os medos e dúvidas advindos de ideias sobre sua incapacidade de parir. Como disse Adelir às mulheres, “estudem, estudem muito”, a partir do seu próprio corpo em contato com o bebê.

Para Spinoza, esse constrangimento, essa redução da experiência a determinados padrões impede o desenvolvimento da potência, essa potência conferida pela experimentação dos corpos. Na perspectiva tanto de Spinoza quanto de Reich há uma visão de um lugar particular, uma visão a partir da razão que vem do corpo, do contato, do movimento constante de regeneração que se dá a partir do contato dentro e fora, do contato pleno, do coração. A falta de contato na passagem do útero para a vida aérea impede a experiência de prazer do bebê e da mãe, do prazer do encontro de seus corpos na hora do nascimento e da mudança da potência de seus próprios corpos nesse momento. Bove (2010a) se refere a essa afecção “ser tocado, mobilizado, modificado, transformado, e a capacidade que esses efeitos têm de produzir novos efeitos como marca inicial da vida, a qual, pelo instrumento da memória, faremos novas e novas composições baseadas no princípio do prazer”.

Reich diz que

o prazer e a alegria da vida são inconcebíveis sem luta, sem experiências dolorosas e desagradáveis autoavaliações. A saúde psíquica se caracteriza não pela teoria dos iogues e budistas, nem pelo hedonismo dos epicuristas ou pela renúncia do monasticismo; caracteriza-se pela alternância entre a luta desagradável e a felicidade, entre o erro e a verdade, entre a derivação e a volta ao rumo, entre o ódio racional e o amor racional; em suma, pelo fato de se estar plenamente vivo em todas as situações da vida. (1975, p. 175).

Para Spinoza, não sabemos o que pode um corpo, sua potência é ilimitada.

Nem o corpo pode determinar a mente a pensar, nem a mente determinar o corpo ao movimento ou ao repouso, ou a qualquer outro estado (se é que isso existe). O fato é que ninguém determinou, até agora, o que pode o corpo, isto é, a experiência a ninguém ensinou, até agora, o que o corpo – exclusivamente pelas leis da natureza enquanto considerada apenas corporalmente, sem que seja determinado pela mente – pode e o que não pode fazer. (Prop.2, esc., EII). (2009a)

Não se sabe a potência subversiva de um corpo coletivo de mulheres experimentando o parto a partir do funcionamento de seu próprios hormônios. Não se pode calcular o que pode um conjunto de mulheres, na mesma proporção das mulheres que fazem cesariana desnecessariamente na contemporaneidade, parindo seus bebês e suas placentas, experimentando o prazer e poder de trazer a vida à vida, pela potência dos seus corpos.

Ao penetrar com a máxima profundidade e a mais plena extensão na integração emocional do self, não somente experimentamos e sentimos, também aprendemos a compreender, ainda que vagamente, o significado e funcionamento do oceano cósmico de orgone, do qual somos uma minúscula parte. (REICH, 2003, p. 304).

5.12 A COISA EM SI

Como vimos, “o organismo vivo percebe o seu ambiente e a si mesmo somente por meio de suas sensações” (REICH, 2003, p. 61), as sensações são nosso mais importante instrumento de pesquisa. Para Reich, se compreendemos “a função da percepção e da sensação em si em termos energéticos [orgonomicamente], isto é, estudando sua verdadeira natureza, criamos um acesso ‘à coisa em si’” (p. 67)⁵¹. Como se, ao compreender, pudéssemos aprimorar esse funcionamento orgonótico de autopercepção, aperfeiçoando nosso instrumento de pesquisa, nossa acuidade perceptiva das sensações de órgão e, dessa forma, pudéssemos penetrar no objeto, ser o objeto tal como ele é, perfeito.

Essa noção nos reporta a Spinoza, em sua prop. 6 EIII, “cada coisa esforça-se, tanto quanto está em si, por perseverar em seu ser”. Quanto mais estamos em contato com nossos afetos, quanto mais estamos em si mesmo, mais aumentamos a potência de efetuarmos nossa existência. Como dito por Spinoza na demonstração dessa proposição, “[...] as coisas singulares, são modos pelos quais os atributos de Deus exprimem-se de uma maneira definida e determinada [...]”. (SPINOZA, 2009^a).

5.13 CONEXÃO

Neste processo, ao mesmo tempo psíquico, energético, biológico, a conexão é o canal da transcendência. Transcendência não no sentido de superar um estado para alcançar um outro superior, fora de nossa natureza humana. Transcender no sentido de superar a desconexão, esse estado do *homo normalis*, esse estado estagnado, amortecido, condicionado, viciado e medroso, drogado pela crença de um poder fora de si.

Esse estado de conexão dentro, com os próprios órgãos, com a própria respiração do mundo através de si, e ao mesmo tempo ser respirado pelo mundo, esse estado de conexão com o plasma cósmico, com esses hormônios do amor cósmico em nós, com essa experiência de unidade que nos faz não temer a vida em nós, o parto de si, o nascimento do filho, o parto de ambos, o parto da vida em nós. A conexão é a transcendência, e ela está na ligação entre nossos sentidos, nossas emoções e nossa consciência, consciência ampliada, como nas práticas meditativas, consciência da própria respiração, por onde se entra em contato com o mundo. Como referimos anteriormente, a intuição no momento do parto deve ser fruto dessa

⁵¹ No original, “Das Ding na sich”.

conexão, ser um com o absoluto que existe em nós, essa identidade a que Reich se refere no processo de autopercepção e consciência, essa unidade onde se juntam as informações das sensações nos órgãos, incitadas pelos fluxos hormonais, informações que carregam impressões trazidas do cosmo para dentro de nossas células em contato pleno com o ser perfeitamente o que se é, e o que o outro perfeitamente é em nós, nosso filho dentro de nós, em vias de nos chegar aos braços, de nossas entranhas.

Spinoza se refere à imaginação como sendo o processo pelo qual podemos nos identificar com a condição afetiva do outro. De acordo com Cecília Abdo Ferez⁵², a imaginação, em Spinoza, “é um processo que se dá intercorporalmente, segundo o grau de desenvolvimento e complexidade corporal”. Parece que nos momentos que se sucedem ao parto a condição hormonal privilegia que algo se passe de forma imaginativa, onde a memória celular tem papel essencial. A mãe parece dispor de um acesso especial que lhe permite uma identificação com os estados do bebê a partir de uma linguagem expressiva eminentemente corporal. O que seria a função materna primária, destacada como tão característica das mães psiquicamente capazes de entrar e sair desse estado?

5.14 A POTÊNCIA DAS MULHERES NA INGLATERRA

Na Inglaterra, o vento soprou forte, em 1982, uma tempestade iniciada por Janet Balaskas, idealizadora e ativista que reuniu mais de seis mil mulheres nas ruas de Londres para protestar contra as episiotomias e a imobilização das parturientes na maca.

Este movimento levou milhares de pessoas, novamente, a protestar em duas Conferências Internacionais pelo Parto Ativo nos meses seguintes, e mudou a assistência ao parto na Inglaterra. Traremos neste momento as principais recomendações do manifesto do parto ativo, organizadas em uma lista de pontos.

5.15 MANIFESTO PELO PARTO ATIVO

1. O parto é ativo porque envolve posições variadas, não é um confinamento passivo. Uma posição fixa não é saudável. Todos os partos vividos em liberdade e sem inibições são acompanhados de movimentação da mulher, ela caminha, anda, fica de pé, de cócoras, de joelhos, deitada, livremente.

⁵² Colóquio Brasil-Argentina de Filosofia – Natureza e Política – Diferentes concepções de natureza e suas implicações no pensamento político. Universidade Federal Fluminense – ICHF – Niterói, 16 e 18 nov. 2010.

2. Durante milhares de anos as mulheres têm vivido o parto espontaneamente em alguma posição vertical ou agachada. Em todas as culturas e raças as posições verticais predominam, geralmente com a ajuda de alguém ou alguma coisa servindo de apoio. Os etnologistas confirmam que o uso das posições verticais prevaleceu ao longo do tempo.
3. Hoje, a maioria dos países industrializados confinam as mulheres em posição deitada ou semideitada, geralmente no hospital. Esta prática é ilógica e torna o parto desnecessariamente complicado, doloroso e caro. Faz com que um processo natural se torne um evento médico e a parturiente passa a ser paciente. Nenhuma outra espécie adota uma posição tão desvantajosa em um momento tão crucial.
4. As pesquisas revelam as desvantagens da posição recumbente:
 - Deitar-se de costas comprime os grandes vasos abdominais localizados ao longo da coluna vertebral. A compressão da grande artéria do coração obstrui a circulação sanguínea em direção ao útero e à placenta, pode resultar em sofrimento fetal, risco de hipotensão e de grandes sangramentos pós-parto.
 - Reduz as vantagens de se flexionar os joelhos e quadris em alguma posição vertical. Na posição reclinada, o peso do corpo repousa diretamente sobre o sacro e impede o movimento que a parede posterior da pélvis faz para acomodar a cabeça do bebê à medida que ele desce.
 - Reduz significativamente a mobilidade das juntas pélvicas, o espaço de passagem pélvica, e perde-se trinta por cento do potencial de abertura quando comparado com a posição onde o tronco se inclina para a frente.

É mais fácil para qualquer objeto cair em direção à superfície da Terra do que deslizar paralela a esta (Lei da Gravidade de Newton). Em posições reclinadas, o útero tem que trabalhar em oposição à gravidade. Assim, ocorre um desperdício de energia, se produz esforço e dor desnecessários e a duração do trabalho de parto e do parto aumenta.
 - A descida, a rotação e o parto do bebê são mais fáceis quando a posição materna direciona o bebê para a Terra, ao invés de direcioná-lo na linha do horizonte.
 - Apresentações inadequadas do bebê são mais comuns quanto mais os movimentos espontâneos da mulher, que guiam a rotação do bebê através do canal de parto, são restringidos.
 - Na posição deitada, o parto acontece com uma distensão desigual dos tecidos perineais à custa da porção posterior, o que causa estresse, dor e aumenta o risco de uma laceração ou da necessidade de uma episiotomia.

5. Os movimentos e as mudanças de posição são mais importantes do que adotar uma única posição considerada ótima, ou considerada a melhor posição, durante o trabalho de parto. Posições espontâneas de trabalho de parto incluem ficar de pé, caminhar, sentar-se com o tronco ereto, ajoelhar, acocorar ou deitar de lado.

Uma posição para o trabalho de parto é fisiologicamente eficiente quando:

- Não há compressão dos vasos abdominais.
- O movimento é irrestrito.
- A pélvis é totalmente mobilizada.
- O corpo trabalha em harmonia com a gravidade.

Para o parto, a posição de cócoras e suas variantes são as posições mais próximas às leis da natureza, e são conhecidas como posições fisiológicas para parto. Tais posições incluem cócoras completa ou semicócoras, cócoras em pé ou várias posições de joelhos. O uso de tais posições verticais produz os seguintes benefícios adicionais durante o parto:

- Contrações mais poderosas, resultando em um reflexo expulsivo eficiente.
- Excelente oxigenação fetal.
- Mínima extenuação e esforço muscular.
- Excelente ângulo de descida.
- Máximo espaço para descida, rotação e emergência das partes do bebê que vão se apresentando na saída da passagem pélvica.
- Ótimo relaxamento do períneo.

Foi demonstrado que, quando o uso de posições verticais durante o trabalho de parto e parto são apoiadas e encorajadas, o número de partos fisiológicos espontâneos aumenta.

6. Em um parto ativo, o processo fisiológico se desenrola espontaneamente graças à liberação irrestrita dos hormônios do parto. A liberação de ocitocina é ótima, resultando em contrações eficientes no trabalho de parto, em um reflexo expulsivo eficaz no parto, em fácil liberação da placenta e boa retração do útero depois. Os altos níveis de endorfinas aumentam a habilidade da mulher para lidar com a dor sem intervenções. Os efeitos altruístas dos altos níveis hormonais, tanto na mãe quanto no bebê, promovem o vínculo na crítica hora após o parto.
7. Um ambiente propício para o trabalho de parto e nascimento, onde a mãe se sente segura e sua privacidade é protegida, é de crucial importância. Tais condições são essenciais para garantir os movimentos espontâneos nas posições verticais e também para a excelente liberação hormonal – fatores-chave para um parto ativo.

8. A imersão em água quente, aproximadamente na temperatura do corpo e durante a fase ativa do trabalho de parto (5-6 cm dilatação), tem se mostrado eficaz como facilitador de um parto ativo. As contrações podem ficar mais intensas, e a propriedade de flutuação da água aumenta o relaxamento, o conforto e a mobilidade. Estudos têm demonstrado que a modificação da dor é significativa. Utilizada inicialmente com a intenção de facilitar o trabalho de parto, uma piscina de parto também pode oferecer um ambiente favorável para o parto, quando as condições são adequadas.
9. Vários estudos, nos últimos 50 anos, indicam que quando o parto é ativo as vantagens são:
 - O ritmo natural e a continuidade do parto não sofrem interrupções ou interferências.
 - As contrações uterinas são mais fortes, mais regulares e mais frequentes.
 - A dilatação é favorecida.
 - Um relaxamento mais completo se torna possível entre as contrações.
 - A pressão intrauterina é consideravelmente mais alta.
 - O trabalho de parto e o período expulsivo são mais curtos – alguns estudos apontam para uma porcentagem de tempo mais curto de 40% para o grupo em posição vertical.
 - Existe mais conforto, menor dor e estresse; portanto, a necessidade de analgesia diminui.
 - A condição do recém-nascido é geralmente ótima.
 - As mulheres sentem que são participantes plenas, que estão no controle, e sentem com maior frequência que parir é uma experiência maravilhosa e satisfatória.
10. Não há dúvidas para ninguém que tenha vivido ou assistido tanto o parto ativo quanto o parto passivo que um processo de parto ativo é geralmente mais fácil, mais seguro e mais recompensador tanto para a mãe quanto para o bebê. Após um parto ativo, a mãe sente que pariu seu filho, ao invés de sentir que seu filho foi extraído dela. Ela e seu bebê foram, juntos, participantes plenos, e ambos estão alertas, não estão sob o efeito de drogas, e estão saudáveis quando se encontram face a face. Isso cria, inevitavelmente, as melhores condições possíveis para a vinculação materno-infantil e para a formação de bases para relacionamentos amorosos e saudáveis na família.
11. O parto ativo é mais que simplesmente uma questão de posições. Apesar da liberdade de movimentação espontânea e do uso de posições verticais ser fundamental, a definição essencial de um **parto ativo é aquela na qual a mulher está no comando de suas escolhas e decisões**. É esta condição que permite a ela se beneficiar de uma parceria produtiva e mutuamente respeitosa com os profissionais que a atendem. Quando as

intervenções são necessárias, os princípios do parto ativo ainda podem ser úteis. Podem ser combinados com os procedimentos obstétricos e ajudar a minimizar os riscos e os efeitos colaterais. Quando este é o caso, cada parto, seja natural ou assistido, pode ser chamado de parto ativo.

12. As consequências a longo prazo de intervenções desnecessárias no período ao redor do nascimento, tanto para a saúde quanto para o bem-estar, são cada vez mais preocupantes. Com base em descobertas de pesquisas, experiências modernas e instinto ancestral, mudanças profundas na atitude e na oferta dos serviços de maternidades, na educação das parteiras-obstetrias e na preparação das mulheres para o parto são inevitáveis para que se aumente o potencial para o parto fisiológico.
13. O parto, na vida de qualquer mulher, é um ato excepcional, uma viagem de força, parcialmente instintiva e parcialmente aprendida. É necessário uma certa destreza para se fazer a maioria das coisas, e o parto não é exceção. Uma mulher que deseja viver o parto plenamente precisa de mais que informação e conhecimento sobre gravidez, trabalho de parto e parto. Ela também precisa de preparação física, mental e emocional ao longo de sua gestação, para que possa adotar posições verticais com facilidade e conforto, e desenvolver confiança em sua habilidade inata para parir. A preparação para um parto ativo precisa oferecer-lhe formas para obter um relaxamento profundo de seu corpo e sua mente, para que ela possa acessar e confiar em seu potencial instintivo.
14. Além de ser uma celebração na família, o nascimento de um filho é um evento crítico e incerto, que envolve suspense em relação ao seu resultado. As habilidades para parir, e para atender partos, são valorizadas em todas as sociedades. No mundo moderno e ocidental, a aplicação da tecnologia ao nascimento trouxe, sem precedentes, segurança e procedimentos que salvam vidas. Entretanto, o uso indiscriminado e rotineiro de tais tecnologias, aplicadas à grande maioria das mulheres, é inapropriado e tem causado um aumento no número de partos complicados e cirúrgicos em todo o mundo. Este contexto leva à perda do saber valioso e essencial do partejar e aumenta a dependência na tecnologia. Vai corroendo a satisfação e a confiança tanto das mães quanto das parteiras-obstetrias. Os médicos se tornaram os especialistas em partos. Mais ainda, o equilíbrio de poder é tal que a capacidade da mãe foi tão minada até chegar ao ponto de a maioria das mulheres terem perdido o contato com o conhecimento e sabedoria antigos sobre o parto, que antes eram passados de geração em geração, de mãe para mãe. Este equilíbrio de saber e poder deve ser restaurado a partir da recuperação do potencial instintivo, da liberdade e do poder de quem faz o parto, a mãe. O Movimento pelo Parto Ativo é

comprometido com o empoderamento das mulheres no parto e da redescoberta global do parto. (BALASKAS, 1982).

5.16 O PARTO ANALISADOR

Para Spinoza, nosso sofrimento e nossa servidão são provocados por nossa ignorância sobre as causas de nossos afetos. Primeiramente porque desqualificamos os afetos humanos (raiva, inveja, ciúmes...) como se fossem defeitos ou algo que não se assemelha ao modelo de perfeição ao qual nos comparamos e sempre nos encontramos na posição de falta. Vivemos como se não fôssemos parte da natureza, “um império num império”, e mistificamos a realidade atribuindo aos afetos a causa de nosso sofrimento ao invés de compreendermos a causa de nossos afetos, o que nos potencializa e o que nos despotencializa. Ficamos, pois, com a ideia de que não somos potentes para viver a vida a partir de nosso corpo e lidar com os eventos que nos ameaçam. Separamos o corpo da mente e passamos a ter ideias inadequadas, afetos tristes, experiências que diminuem nossa potência, nossa alegria e capacidade de agir. Para Spinoza, é nossa incapacidade de estarmos em si que nos leva a lutar pela servidão como se lutássemos por nossa liberdade.

O desejo de viver cresceu enormemente, porém o aumento da capacidade de viver (potência sexual, capacidade de ser responsável, autorregulação, e assim por diante) não cresceu de modo correspondente. A conclusão não é que o anseio de vida deveria ser reduzido, mas que se deve estabelecer no organismo humano uma capacidade estrutural de viver que acompanhe o ritmo das exigências da vida. É uma tarefa essencialmente educacional e social, não médica. (REICH, 2009, p. 426).

É necessário garantir as condições estruturais para viver o parto a partir de seu funcionamento próprio. Para isso, precisamos enxergar no parto, e em nossas práticas de assistência, que valores estão condicionando a vida humana e a maneira como cuidamos de nossos recém-nascidos. Nossa problematização passa por uma avaliação que envolve as práticas sociais de modo amplo. “O estabelecimento de uma capacidade plena para a vida e o prazer irá requerer, evidentemente, a eliminação de instituições e leis restritivas, algumas delas datando de um século, outras milhares de anos.” (REICH, 2009). O nascimento e o parto, assim como a morte, podem servir como analisadores da nossa cultura moderna, nossa cultura biotecnológica medicalizante. Podemos, a partir da forma como são vivenciados, ritualizados, como se relacionam com os outros aspectos da vida, entender o funcionamento e os valores que sustentam nossas práticas sociais. Uma análise no sentido ético.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário desinstitucionalizar o parto e o nascimento, e pensar a potência que há no parto como experiência capaz de produzir novas subjetividades capazes de estruturar o mundo em que vivemos a partir das reais necessidades deste processo natural do corpo.

Neste momento, entendemos que a relação que se construiu em torno do parto e do nascimento precisa ser questionada, virada do avesso e reposicionada. Precisamos realmente tomar para nós mulheres, para nós sociedade, a responsabilidade política do sentido que temos dado ao nascimento e ao parto em nossa cultura.

Nessa perspectiva, a compreensão dos determinantes que envolvem a questão da cesariana em massa não se resume a uma disputa entre benfeitores e malfeitores, mas se refere à preservação do funcionamento vital humano em nossa sociedade. Trata-se da criação de novos ambientes físicos, psíquicos e políticos, capazes de fazer semear uma vida que mereça ser preservada por nós humanos. Refere-se à capacidade de mudar a forma de pensar, mudar a cultura a partir do conhecimento de si, em seu próprio corpo, nos próprios afetos. Socializar o conhecimento que está guardado nas mãos das parteiras e das culturas que conseguiram resistir à nossa lógica destruidora da vida.

Sem afetos que nos levem a ideias adequadas, a sustentação da vida corre perigo.

É necessário desinstitucionalizar o parto, aos moldes da desinstitucionalização da loucura. Não como forma de se livrar de responsabilidades perante a vida, ao contrário, como um meio de dar a quem de direito a liberdade e autonomia de ser responsável por seu corpo e pela vida que gera.

A instituição do modelo cesáreo produzido para substituir o parto pode ser, por um lado, um procedimento tático de grande alcance para o sistema capitalista que necessita produzir e reproduzir seres dependentes. Entretanto, este procedimento está acarretando o esgotamento da própria capacidade de a vida humana se reproduzir, como um efeito autofágico do capitalismo, como explica Suely Rolnik,.

Ao produzir seres imaturos e incompetentes, retirando da mulher a função de parturição, cortando seu útero, fazendo-a crer na sua incapacidade, um efeito tem-se apresentado: as mulheres não estão conseguindo mais produzir os hormônios sensíveis do parto. Estão se tornando realmente incapazes na medida em que a produção de hormônios está diretamente condicionada pelos afetos.

Na cadeia de produção em massa, a obsolescência programada executa uma função. É o corpo moldado para não funcionar, não reproduzir. Como as sementes inférteis que a Monsanto produz para domínio absoluto do mercado, um corpo controlado cada vez mais cedo por hormônios artificiais altera os ciclos reprodutivos e causa alterações que deverão ser substituídas por mais e mais intervenções biotecnológicas. Nessa lógica de funcionamento, é necessário preparar a subjetividade da mulher fazendo-a acreditar que ela não está preparada para ter filho pelas vias normais, por meio de um processo de produção de subjetividades que crêem na obsolescência do próprio corpo.

Nesse contexto de medicalização da vida, uma grande parcela da população sequer questiona sobre essa dependência extrema e outras maneiras de lidar com o parto de forma mais autônoma, mais responsável e consciente.

Parir envolve o risco inerente à vida, e hospitalizar o parto, mesmo o parto de uma gravidez de baixo risco, não é um fato sem consequências, como já está documentado. Se uma mulher pode ficar em trabalho de parto em sua casa, se pode ter filho em sua casa com a assistência de doulas e parteiras obstétricas, ou ir para uma casa de parto, o médico não precisa fazer-lhe uma cesariana para atender a todo universo de mulheres que só aceitam ter filho com ele, o “doutor X”, e que sem ele não sabem o que fazer.

Colocar em questão a história do nascimento e do parto em nossa sociedade passa também por restituir essa responsabilidade à mulher. É uma desconstrução que necessita ser feita para que o parto possa ser pensado como ato político do qual não podemos nos eximir, ou, corremos o risco de nos tornarmos seres inférteis, totalmente dominados, o que já acontece em medida preocupante.

As formas de parir nem sempre foram as mesmas, entretanto, a cesariana não foi desenvolvida com o propósito de substituir o processo do parto e do nascimento. Ao tornar evidente as inúmeras forças – políticas, econômicas, culturais – que incidem sobre a função de reprodução e parturição da vida, o momento do parto aponta para questões fundamentais de nossa vida contemporânea que necessitam ser avaliadas por quem de direito.

O comprometimento que envolve mulheres no parto não diz respeito só às mães, mas aos filhos, aos homens, aos profissionais, à toda sociedade que vive hoje as consequências da desregulação da vida provocada pela ordem capitalista selvagem sob a qual nos guiamos.

É por meio do coletivo, de acordo com Spinoza, que nos fortalecemos individualmente e que podemos constituir uma sociedade capaz de lidar com as mudanças que são exigidas a cada tempo. Entretanto, em nossas instituições de ensino, nos hospitais-escola, a forma como estão organizadas não favorecem os coletivos, melhor dizendo, atrapalham ou impedem que

aconteçam. Por outro lado, parece haver uma falsa questão que se coloca como oposição entre a ciência e as questões que emergem dos processos da vida e do viver cotidiano, de outros saberes e fazeres, que supomos seja fundamentalmente relacionada às contradições engendradas pelo próprio funcionamento do sistema capitalista.

Na perspectiva de Reich, as biopatias, que acometem o planeta de forma endêmica, carregam um aspecto essencial: uma desconfiança na função vital natural, um temor que ignora e reprime a vida em todos os lugares. (REICH, 2009). Essa compreensão de Reich representa de forma fiel a realidade que vivemos ainda hoje. Nas palavras proferidas pelo Ministro da Saúde, Arthur Chioro, no programa nacional de rádio “A Voz do Brasil”⁵³, o que acontece na atualidade com relação às cesarianas é uma “epidemia” para a qual precisam ser tomadas medidas de correção.

Entretanto, muito além do que definir uma nova forma específica de parir, com posições, procedimentos, tempo e legislação preestabelecidos, precisamos colocar em questão “o que temos feito com o que tem sido feito de nós”. (NEVES, 2009).

Se tivéssemos centros de partos normais, não precisaríamos nos submeter a procedimentos que são adequados para mulheres em reais dificuldades, e não para todas, e, dessa forma, deixaríamos os médicos e as estruturas hospitalares mais livres para atendimento de mulheres com reais dificuldades e que necessitam de uma cesariana. Nessa situação, a cesariana poderia ser considerada como o melhor procedimento possível, restrito aos casos em que não fosse possível garantir a vida de outra forma.

Talvez as práticas de resistência a este modelo hegemônico que tem dominado o funcionamento fisiológico humano, possibilitem a abertura de caminhos possíveis de modificar o cenário do nascimento e do parto, e signifique, além disso, um campo de lutas no interior do biopoder (FOUCAULT, 1988) capaz de promover uma mudança paradigmática na forma de gestão da vida.

Esse tipo de abertura é a que o vetor homem da ética ativa na subjetividade: abrir-se para a alteridade da perspectiva desse homem é abrir-se para a virtual diferenciação engendrada no encontro com o outro, tornar-se um veículo de atualização dessa diferença, um veículo de criação de novos modos de subjetivação, novos modos de existência, novos tipos de sociedade. (ROLNIK, 1995).

⁵³ “Foram anunciadas nesta terça-feira (14-10-2014) medidas para redução de cesarianas desnecessárias entre consumidoras de planos de saúde no Brasil e ações promocionais de incentivo ao parto normal.” Disponível em: <<http://conteudo.ebcservicos.com.br/programas/a-voz-do-brasil/arquivos/ouvir?prog=14-10-2014-voz-do-brasil.mp3>>. Acesso em: 15 out. 2014.

Neste estudo tenho consciência da complexidade envolvida na cultura contemporânea do parto e do nascimento. Minha intenção foi trazer informação e experiência que amplie o debate dentro da Academia, que alcance o maior número possível de mulheres, principalmente jovens, que tenham a possibilidade de vir a experimentar o sentimento de conexão amorosa, de potência transformadora, de referência de superação que o parto pode significar em suas vidas.

É instigante a perspectiva de trazer ainda o relato de tantas mulheres que sabem exatamente o que é a potência de parir com os próprios hormônios, para que outras mulheres possam se convencer dessa possibilidade. Espero contribuir para muitos partos e nascimentos que tragam a insurgência de novas formas de gestão da vida que respeite mais a Vida em todas as suas expressões.

REFERÊNCIAS

- ABENFO (2011). **Dossiê Casa de Parto David Capistrano Filho**. Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras – Nacional. Triênio: 2009 a 2011. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/casas_de_parto/Dossie_cas_parto.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.
- ALBERTINI, Paulo (Org.) (2005). **Reich em diálogo com Freud: estudos sobre psicoterapia, educação e cultura**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BALASKAS, Janet. (1982). **Manifesto pelo Parto Ativo**. Thorsons, UK: Harvard Common Press. Disponível em: <sa=t&rct=j&q=balaskas%2C%20janet>. Acesso em: 13 out. 2014.
- BAKER, Elsworth F. (1980). **O labirinto humano: as causas do bloqueio da energia sexual**. Tradução de Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus.
- BERTHERAT, Marie; BERTHERAT, Thérèse; BRUNG, Paulo (1997). **Quando o corpo consente**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. São Paulo: Martins Fontes.
- BOADELLA, David (1985). **Correntes da vida: uma introdução à biossíntese**. 3. ed. Tradução de Cláudia Soares Cruz. São Paulo: Summus.
- BERGSON, Henri (1974a). Introdução à metafísica. Tradução de Franklin Leopoldo e Silva. In: **Os Pensadores**. 1. ed. São Paulo: Abril S.A. Cultural e Industrial, p. 19-45.
- _____ (1974b) O pensamento e o movente. Tradução de Franklin Leopoldo e Silva. In: **Os Pensadores**. São Paulo: Abril S.A. Cultural e Industrial, p. 119-157.
- BOVE, Laurent (2010a). **Espinosa e a psicologia social: ensaios de ontologia política e antropogênese**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- _____ (2010b). Mini-curso **Spinoza**. O sujeito de contrários: do esforço sem sujeito ao amor sem objeto – a convite do Prof. André Martins e do Grupo Spinoza e Nietzsche (SpiN), de 23 a 28 de agosto de 2010. Tradução Prof. André Martins. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro.
- BRASIL (2012). **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 444 p., il. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.
- COBRA, Geny (2007). **Corpo, identidade e adolescência: uma análise reichiana**. 1. ed. São Paulo: Annablume.
- COIMBRA, Cecília (1995). **Guardiães da ordem – uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor.
- D’ARTIBALE Eloana F.; BERCINI, Luciana O. (2013). **A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança**. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127730686026>>. Acesso em: 13 out. 2014.

DAVIS, Madeleine; WALLBRIDGE, David (1982). **Limite e espaço**: Uma introdução à obra de D.E. Winnicott. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

DELEUZE, Gilles (2002). **Espinoso**: filosofia prática. 1. ed. São Paulo: Escuta.

DINIZ, Simone G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, ago., São Paulo. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822009000200012&script=sci_arttext0700003>. Acesso em: 4 set. 2014.

_____ (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3), p. 627-637. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Acesso em: 4 set. 2014.

_____; CHACHAM, Alessandra S. (2006). O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**. São Paulo, n. 1, ago., p. 80-91. Disponível em: <www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20070122143009.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José G. (1991). A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.7, n. 2, abr.-jun., Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003>. Acesso em: 5 out. 2013.

FIOCRUZ (2012). **Nascer no Brasil** – Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/index.php/29-nascer-no-brasil/sobre-o-projeto/1-destaque>>. Acesso em: 13 out. 2014.

FOUCAULT, Michel (1988). **História da sexualidade I**: A vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____ (1986). **Arqueologia do saber**. 2. ed. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

_____ (1979). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.

GIFFIN, Karen (2003). Parto Cesáreo: quem o deseja? Em que circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, 19(6), nov.-dez., p. 1611-1620, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006>. Acesso em: 10 out. 2013.

GUATARRI, Félix; ROLNIK, Suely (2005). **Micropolítica**: cartografias do desejo. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

HORTELANO, Xavier Serrano (1997). **Contato, vínculo, separação**. 1. ed. Tradução de Silvana Finzi Foá I. São Paulo: Summus.

KLAUS, Marshall H.; KLAUS, Phyllis H. (2001). **Seu surpreendente recém-nascido**. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed.

LELOUP, Jean-Yves; CREMA, Roberto; WEIL, Pierre (1999). **Normose: A patologia da normalidade**. Campinas, São Paulo: Verus Editora.

MARTINS, Ana P.V. (2004). **Visões do feminino: A medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MARTINS, André (Org.) (2009). **O mais potente dos afetos: Spinoza & Nietzsche**. 1. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

MATURANA, Humberto R.; VERDEN-ZÖLLER, Gerda (2004). **Amar e brincar: Fundamentos esquecidos do humano do patriarcado à democracia**. Tradução de Humberto Mariotti e Lia Diskin. 2. ed. São Paulo: Palas Athena.

NEVES, Claudia Abbês Baêta (2009). Gilles Deleuze e política: interferências nos modos de se estar nos verbos da vida. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M.L. **Ética e subjetividade**. Novos impasses no contemporâneo. Porto Alegre: Sulinas, p. 192-213.

ODENT, Michel (2013). **Childbirth and the future of Homo sapiens**. London: Pinter & Martin Ltd.

_____ (2010). A primeira verdade inconveniente. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 4, n. 2.

_____ (2009). Las Funciones de los orgasmos. Londres: s.n.

_____ (2004). **A cesariana**. São José, SC: Editora Saint Germain.

_____ (2003). **O camponês e a parteira: Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto**. 1. ed. Tradução de Sarah Bauley. São Paulo: Ground.

_____ (2000). **A cientificação do amor**. Tradução de Talia Geverd de Souza. São Paulo: Terceira Margem.

_____ (1981). **Gênese do homem ecológico – O instinto reencontrado**. Tradução de Alexandre Ribondi. São Paulo: Tao Editora.

ORGASMIC Birth: The best-kept secret. Direção de: Debra Pascali-Bonaro. Produzido por: Debra Pascali-Bonaro e Kris Liem. Sunken Treasure, LLC, 2008, 85 min.

PELBART, Peter P. (2006). **Vida nua, vida besta, uma vida**. Disponível em: <p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>. Acesso em: 4 set. 2014.

RAUTER, Cristina (2012). **Clínica do esquecimento**. Niterói: Editora da UFF.

_____ (2005). Invasão do cotidiano: algumas direções para pensar uma clínica das subjetividades contemporâneas. In: MACIEL Jr., Auterives; KUPERMANN, Daniel; TEDESCO, Silvia. **Polifonias: clínica, política e criação**. Rio de Janeiro: Contra Capa.

_____ (2003). Produção social do negativo: notas introdutórias. **Psicologia clínica**, v. 15, n.1, p.107-120. Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia.

REICH, Wilhelm (2009). **A biopatia do câncer**. 1. ed. Tradução de Maya Hantower. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

_____ (2003). **O Éter, Deus e o Diabo – A superposição cósmica**. 1. ed. Tradução de Maya Hantower. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1989). **Análise do caráter**. 3. ed. Tradução de Ricardo Amaral do Rego. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1986). **O assassinato de Cristo – volume I de A peste emocional da humanidade**. 3. ed. Tradução de Carlos Ralph Lemos Viana. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1983). **On the prevention of sexual pathology**. Children of the future – with a preface of William Stage. New York: Farrar Straus Giroux.

_____ (1975). **A função do orgasmo**. 7. ed. São Paulo: Editora Brasiliense.

_____ (1974). **Psicologia de massa do fascismo**. Tradução de J. Silva Dias, a partir da versão francesa de Éditions La Pensée Molle. Porto: Publicações Escorpião.

ROLNIK, Suely (1995). À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: MAGALHÃES, Maria Cristina R. (Org.). **Na sombra da cidadania**. São Paulo: Escuta.

SAMPAIO, Zeca (2007). **Educação e liberdade em Wilhelm Reich**. São Paulo: Perspectiva. [Estudos; 241 / dirigida por J. Guinsburg].

SENA, Livia M. (2014). **Uma conversa com Adelir e Emerson**: “eu quero dizer às mulheres que estudem, estudem muito. Às ativistas, quero dizer que ‘Obrigada’ é pouco.”. Disponível em: <<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/04/uma-conversa-com-adelir-e-emerson-eu.html>>. Acesso em: 3 set. 2014.

SÉVÉRAC, Pascal (2009). O conhecimento como o mais potente dos afetos. 1. ed. Tradução de Homero Santiago. In: MARTINS, André (Org.). **O mais potente dos afetos: Spinoza & Nietzsche**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, p. 17-58.

SPINOZA, Baruch de (2009a). **Ética/Spinoza**. 1. ed. Tradução e notas de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

_____ (2009b). **Tratado Político**. Tradução, introdução e notas de Diogo Pires Aurélio. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. [Clássicos WMF].

TORNQUIST, Carmen S. (2002). **Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto**. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>. Acesso em: 13 out. 2014.

_____ ; SPINELLI, Carolina Shimonura (2010). **Um jeito soviético de dar à luz: o parto sem dor no sul da América do Sul**. Disponível em:

<sa=t&rct=j&q=carmen%20susana%20tornquist%20%22%2>. Acesso em: 13 out. 2014.

TEDESCO, Silvia (Org.) (2005). **Polifonias: clínica, política e criação**. Niterói: Contra Capa Livraria.

TRIBUNA HOJE. “Médicos do Rio estão proibidos de fazer parto em casa.” Disponível em: <<http://www.tribunahoje.com/noticia/34336/saude/2012/07/24>>. Acesso em: 14 out. 2013.

WINNICOTT, Donald W. (1990). **A natureza humana**. Tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed.

_____ (1988). **Os bebês e suas mães**. 2. ed. Tradução de Jefferson Luiz Camargo, revisão técnica de Maria Helena Souza Patto. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1978). **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 2. ed. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves.

ZVEITER, Marcele (2011). **O cuidado de enfermeiras obstétricas com-a-mulher-que-dá-à-luz-na-Casa-de-Parto: uma hermenêutica em Heidegger**. 112f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Fontes on-line

<<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/documentos/140569879/processo-n-0041307-4220124025101-da-2a-vara-federal-do-trf-2>>. Acesso em: 4 set. 2014.

<http://www.who.int/entity/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf?ua=1>. Acesso em: 1 out. 2014.

<<http://www.amigadoparto.com.br/oms.html>>. Acesso em: 3 set. 2014.

<http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/SPN_PHPN.php>. Acesso em: 4 set. 2014.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=script=sci_arttext&pid=S1020-4989200700>. Acesso em: 3 set. 2014.

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-498920070007000003>. Acesso em: 4 set. 2014.

<<http://revistacarbono.com/artigos/03-epigenetica-e-memoria-celular-marcelofantappie>>. Acesso em: 4 set. de 2014.