

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CLARISSA WERLE AMBROSI

DO ÚTERO AO CORAÇÃO: Valsalva em questão

PORTO ALEGRE

2012

CLARISSA WERLE AMBROSI

DO ÚTERO AO CORAÇÃO: Valsalva em questão

Estudo apresentado como pré-requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II e para a obtenção do título de Enfermeiro, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mariene Jaeger Riffel

PORTO ALEGRE

2012

Dedico este trabalho à minha orientadora, professora Mariene Jaeger Riffel, pela dedicação, apoio, companheirismo, carinho e crédito dedicados a mim nesta jornada, onde muitas vezes abdicou de suas horas de sono e deixou o convívio familiar e de trabalho para estar presente na elaboração de todas as etapas deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

O que seria da vida se não existissem pessoas para compartilhar alegrias e tristezas? Não teria sentido. A família, os amigos, os colegas, os professores e todos os profissionais com quem pude partilhar momentos constituem o que sou hoje: uma “quase” enfermeira com um longo caminho pela frente e com muita vontade de trabalhar e de fazer a diferença, mas, principalmente, uma pessoa muito mais sonhadora.

Por isso agradeço:

- aos meus pais, Cláudio Ambrosi e Rita Werle Ambrosi, por serem simplesmente maravilhosos, por me guiarem pelos caminhos da vida quando foi preciso e por me deixar ir sozinha quando tiveram a certeza de que eu estava pronta; à minha dinda e amiga, Lisete Ambrosi, meu primeiro exemplo de enfermeira, que me falava desde criança: “parto vaginal é melhor, é bom!”, o que contribuiu para meu interesse na área; à minha irmã, Cíntia Werle Ambrosi, pelas conversas e trocas de experiência sobre a faculdade e pelos ensinamentos de computação; e a minha tia, Liane Ambrosi, pela diversão, pesquisas, recortes de jornal com assuntos sempre pertinentes à área de enfermagem e mensagens de amparo.

- aos meus colegas do Hospital Conceição pelas inúmeras trocas de plantão, saídas antecipadas ou atrasadas e pelo apoio, mesmo com tanto estresse e cansaço, nesta experiência incrível de primeiro emprego. Às enfermeiras, pelos ensinamentos, exemplos e por tornarem possível o andamento desta dupla jornada.

- às minhas amigas da faculdade pelo companheirismo, pois encaramos juntas os trabalhos e provas desde o início e comemoramos cada final de semestre.

- a quem dediquei este trabalho, professora Mariene Jaeger Riffel. Quase não tenho palavras para agradecer pelo tanto que foi importante neste momento final e para o desenvolvimento deste trabalho.

Busquemos saber o que aconteceu, o que foi transformado, o que foi diminuído, o que foi deslocado, qual é o conjunto das transformações que permitem passar de um estado do discurso científico a um outro.

(FOUCAULT, 2003, p. 235).

RESUMO

O objetivo que guiou a pesquisa foi o de descrever uma história de como a manobra de Valsalva é instituída como prática obstétrica de rotina. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza documental, qualitativo, que se utilizou de referenciais dos Estudos Culturais e de pensamentos da “caixa de ferramentas” de Michel Foucault para análise e discussão. Os dados analisados foram provenientes de excertos retirados dos documentos selecionados na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e outros considerados para esta análise. Ao longo do trabalho foram trazidas informações sobre Antonio Maria Valsalva, médico italiano que descreveu a manobra de Valsalva pela primeira vez na obra ‘Tratado sobre o ouvido humano’, publicada em 1704. As ferramentas utilizadas foram os conceitos de: verdade, poder, saber, disciplina, discurso, biopoder, biopolítica para sustentar as discussões e compor o caminho da manobra de Valsalva até o parto. Tal caminho foi permeado por pensamentos e descrições relacionadas às sociedades soberana e disciplinar e suas influências na assistência ao parto da atualidade. A manobra de Valsalva, que chega ao útero como possibilidade de “comando do parto”, com esforços prolongados, considera evidências científicas envolvidas em sua prática rotineira como prejudicial tanto à mãe quanto ao feto, populações biologicamente afetadas. Ainda, mostra que a manobra de Valsalva utilizada espontaneamente durante o processo de parturição, seria uma conduta ética na prática profissional.

Palavras-chave: **Manobra de Valsalva. Parto. Verdade. Foucault.**

SUMÁRIO

1	UM CAMINHO ATÉ VALSALVA	07
2	O CAMINHO DE VALSALVA.....	14
3	O ÚTERO COMO TERRITÓRIO, OBJETO E ALVO DO PODER.....	17
4	A DISCIPLINARIZAÇÃO DO PARTO E A NORMATIZAÇÃO DA MANOBRA DE VALSALVA.....	22
5	A MANOBRA DE VALSALVA NO PARTO.....	28
6	ESSE CAMINHO TEM CORAÇÃO?.....	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICE – ARTIGOS SELECIONADOS NA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE.....	47
	ANEXO – DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS.....	48

1 UM CAMINHO ATÉ VALSALVA

Encha o peito de ar, feche a boca e agora faça força! (AMARAL, 2001, s.p.)

Esta é uma das frases mais proferidas às mulheres em processo de parturição e reflete a aplicação da manobra de Valsalva no trabalho de parto e parto, uma prática cuja origem é desconhecida pela maioria dos profissionais de saúde que a aplicam no momento do nascimento em superposição aos puxos fisiológicos.

A Manobra de Valsalva foi descrita por Antonio Maria Valsalva, médico italiano nascido em Imola, Itália, no ano de 1666. Valsalva nasceu em meio ao século descrito por Foucault como de início da época clássica, que para ele, compreende também o século XVIII. De tal período emerge o pensamento científico e, daí, o racionalismo e a experimentação: formas de implementar e levar adiante o método científico que hoje conhecemos. Outro período descrito pelo autor é a época moderna que “começa em torno de 1790 – 1810 e vai até mais ou menos 1950” (FOUCAULT, 2000, p. 76).

Para Foucault cada época pode ser caracterizada como uma interrogação “logo saturada pelas tentativas de respostas” (GROS, 1995, p. 176). Nessa perspectiva, o pensamento teria como tarefa a determinação do presente, interrogando diretamente a atualidade. Isso significa ocupar-se menos com os sujeitos da atualidade do que problematizar sua relação com a história. Uma forma de nos perguntarmos “o que somos nós” (FOUCAULT, 1995, p. 239) a partir das experiências que trocamos com o passado para melhor distanciá-lo e tornarmo-nos estranhos a nós mesmos (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2007).

Valsalva formou-se e trabalhou como Professor de Anatomia e posteriormente foi presidente da Academia de Ciências na Universidade de Bologna onde ganhou destaque por suas observações e conhecimento. Pioneiro na Otologia, Valsalva destacou-se pelos estudos de anatomia, fisiologia e patologia do ouvido, descrevendo-os na obra intitulada *De aure humana tractatus*, ou seja, ‘Tratado sobre o ouvido humano’, publicado em 1704. Nesse livro, descreve uma prática denominada Manobra de Valsalva, cuja aplicabilidade foi direcionada à otologia, e que, ao longo do tempo recebeu outras aplicações. Destas, as mais conhecidas relacionam-se ao diagnóstico da função cardíaca (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008) e aos esforços expulsivos durante o trabalho de parto e parto.

Na referida obra, a manobra é descrita como uma maneira de inflar ar nos ouvidos a fim de expelir secreções, remover corpos estranhos desde o ouvido e melhorar a hipoacusia. Por

aumentar a pressão na tuba auditiva faz com que o ar entre, obrigatoriamente, no ouvido médio se a tuba estiver permeável (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008).

Também pode ser descrita como “expiração forçada, mantendo o nariz e a boca fechados, cerrando as pregas vocais e, portanto, a glote, por 10 a 20 segundos” (p. 276). Ela é realizada, espontaneamente, em atividades diárias como levantar-se, tossir, evacuar, vomitar, empurrar peso, espreguiçar-se. Entre suas aplicações na atualidade é utilizada durante o mergulho aquático, quando a água exerce pressão sobre o ouvido à medida que aumenta a profundidade. Na aviação, sua aplicação melhora a diferença entre a pressão atmosférica e a que se encontra no ouvido médio, equalizando a pressão do ouvido com a pressão do meio externo e, portanto, prevenindo um barotrauma (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008).

A realização da Manobra de Valsalva provoca uma resposta circulatória fisiológica¹ que é dividida em quatro fases. Na primeira fase, a expiração, provoca o aumento da pressão intratorácica e intra-abdominal que é transmitida ao ventrículo esquerdo, aumentando o volume sistólico e a distribuição do sangue para os vasos periféricos. Em consequência, eleva-se a pressão arterial, causando bradicardia reflexa. Durante a segunda fase o retorno venoso fica diminuído e ocorre queda do volume sistólico e da pressão arterial, pois a pressão intratorácica e o esforço respiratório persistem. Com o término da expiração tem início a terceira fase, a qual diminui a pressão intratorácica que ocasiona queda da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e vasoconstrição reflexa. Na quarta fase se inicia a inspiração, que provoca o aumento do retorno venoso e, associado à vasoconstrição da fase anterior ocasiona aumento da pressão arterial e bradicardia reflexa (BARUZZI; GRINBERG; PILEGGI, 1987).

Afinal por que deslocar a manobra de Valsalva, descrita em 1704, ao parto nos dias atuais? Como uma prática descrita para o estudo e diagnóstico otológico vem, no decorrer dos séculos, ser utilizada na obstetria?

É que há um interesse voltado à fase expulsiva do trabalho de parto, quando a manobra

¹ A Manobra de Valsalva foi utilizada para a avaliação de sopros cardíacos, terapêutica para surtos de taquiarritmias, crises de angina e avaliação do funcionamento do ventrículo esquerdo (BARUZZI; GRINBERG; PILEGGI, 1987). Pode melhorar a função cardíaca em diversas patologias, pois diminui o retorno venoso e, conseqüentemente, a sobrecarga do coração. É utilizada para diagnóstico da miocardiopatia hipertrófica, pois diminui o volume sanguíneo nas cavidades do coração, principalmente no ventrículo esquerdo cuja parede está hipertrofiada, causa obstrução do fluxo de sangue e o indivíduo desmaia, caracterizando a patologia (CARDIOLOGIA, 2009). Foi uma prática importante para o diagnóstico em cardiologia, mas perdeu sua importância com a inclusão de tecnologias que possibilitam resultados mais precisos (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008).

tem sido comumente utilizada na maioria das instituições hospitalares, no entanto, há pelo menos dez anos foi proscrita das recomendações dos manuais de condutas para o parto, de instituições governamentais (BRASIL, 2001a). Ultimamente tem sido comparada ao momento de uma partida de futebol “quando todos parecem torcedores histéricos na hora da cobrança de pênalti [repetindo continuamente as palavras] Faça força! Agora, bem comprida. Não pare!”, quando instintivamente a mulher sabe o momento de fazer força e como, de modo à quase nunca romper o períneo (AMARAL, 2001, s.p.).

O propósito de trazer à tona esse assunto não é o de colocar os pensamentos de um cientista do quilate de Valsalva em questão. A intenção é descrever como uma manobra utilizada primeiramente para diagnóstico otológico passa ter importância na área obstétrica, sendo também, muito conhecida e utilizada na área cardiológica. Ou seja: se perguntarmos a alguém que atua na área obstétrica na atualidade sobre os efeitos que tal manobra tem com o ouvido ou o coração ele, possivelmente, não saberá responder. Sendo assim, o título foi criado com a intenção de incitar a curiosidade a uma leitura que se pretende seja interessante.

O objetivo pensado para guiar a pesquisa foi o de descrever uma história de como a Manobra de Valsalva é instituída como prática obstétrica de rotina. Para escrever esta história pretendeu-se fazer emergir acontecimentos que ao longo do tempo possibilitaram tal prática, por meio de um estudo exploratório descritivo de natureza documental, qualitativo, utilizando-se de referenciais dos Estudos Culturais. Uma pesquisa exploratória é realizada sobre assuntos dos quais não existem, ou existem poucos conhecimentos publicados sob a perspectiva que se quer explorar. Neste tipo de pesquisa as hipóteses podem surgir como resultados do estudo e nunca como pressuposto. A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela exposição do sujeito do estudo, no caso a Manobra de Valsalva, descrita em documentos de diferentes naturezas (TOBAR; YALOUR, 2001).

Segundo Costa, Silveira e Sommer (2003) os Estudos Culturais são um campo de saber criado por grupos sociais cujo pensamento se distingue do senso comum e elitista por meio da utilização de seus saberes e de ferramentas diferenciadas. Os Estudos Culturais se inserem, então, em diversas áreas de conhecimento, utilizando-se “da etnografia, análise textual e do discurso, da psicanálise e de tantos outros caminhos investigativos que são inventados para poder compor seus objetivos e corresponder a seus propósitos” (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003, p. 40). A tais metodologias foram associados referenciais inventados por Foucault (2008) para a análise dos discursos e pertencentes àquilo que ele chamou de “caixa de ferramentas”, ou seja, os pensamentos contidos em seus escritos e que os leitores poderiam vasculhar em busca daquela que precisavam para pensar e agir” (OKSALA,

2011, p. 7). Para ele um discurso vai além das palavras, das frases ou das proposições e permite que sejam identificadas as relações históricas de práticas muito concretas, que estão “vivas” nos discursos, tentando escapar da fácil interpretação daquilo que estaria “por trás” dos documentos. Com isso poderiam ser explorados os documentos enquanto produção histórica e política, na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas (FISCHER, 2001, p. 199).

De sua caixa assim constituída foram destacadas as ferramentas consideradas mais ajustadas ao objetivo do estudo, quais sejam: verdade, poder, saber, disciplina, discurso, biopoder, biopolítica.

As fontes do estudo foram livros, manuais, documentos e artigos que pudessem auxiliar na busca por possíveis respostas da questão norteadora que foi criada com a finalidade de contribuir para o alcance do objetivo proposto, qual seja: como a manobra de Valsalva é instituída como prática de rotina na obstetrícia? Para a busca dos artigos foi utilizada a base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) mas, também foram selecionados excertos de documentos cujos pensamentos remetam à possibilidades de análise de acordo com as metodologias propostas.

Para a busca e seleção das publicações foram incluídos no site de busca os termos: Manobra de Valsalva e parto tanto na pesquisa por descritores como por palavras. Em ambas foram encontrados 57 artigos. Associando-se os termos “Manobra de Valsalva” e “parto” juntas, o sistema localizou somente duas publicações. Por isso, realizou-se nova pesquisa, desta vez utilizando-se as palavras “Valsalva” e “parto”, quando a base de dados mostrou quatro publicações; uma delas relaciona Valsalva ao parto e outra ao coração; as outras relatam estudos de caso em indivíduos com mais de 60 anos que possuíam problemas do trato urinário. Quando a busca foi realizada com a aplicação das palavras “Manobra de Valsalva” e “parto” enquanto descritores (e não palavras) o sistema não resgatou publicações. Como o maior número de publicações foi visualizado ao utilizar-se o termo “Manobra de Valsalva” optou-se pela leitura dos resumos disponíveis dos artigos e, quando os resumos indicavam relações ao estudo, foi realizada a leitura do artigo completo. Dois resumos cujos textos completos não estavam disponíveis na web foram considerados pertinentes ao assunto e, por isso, buscados no acervo da biblioteca da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O que não estava disponível na forma completa foi utilizado na forma de resumo.

Assim, pôde-se selecionar um artigo acervado na biblioteca da UFRGS, um resumo e quatro artigos completos disponibilizados pela web. No quadro do apêndice (APÊNDICE) estão relacionados os artigos encontrados na seleção e suas relações com a Manobra de

Valsalva. Um dos artigos foi descartado visto que o texto estava contido em outro já traduzido para o português e com informações adicionais. Com isto, foram selecionadas seis publicações para a análise proposta com esta metodologia. Entretanto, como afirmado anteriormente outras publicações em livros, manuais e revistas e, também disponíveis na web foram incluídas quando continham informações de interesse para o trabalho.

A seleção dos dados para análise foi realizada por meio da leitura dos documentos a fim de “saber aquilo que podemos aproveitar e aquilo que podemos descartar, deixar passar ou deixar de lado” (VEIGA-NETO; FISHER, 2004, p. 17) tendo como foco o objetivo proposto.

Foi assegurado que os autores mencionados no texto fossem referenciados de acordo com a lei dos direitos autorais de número 9.610 de 19/02/1998 (BRASIL, 1998) e de acordo com as normas de referência da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002).

Por meio de tais práticas pode-se chegar a aspectos sobre como a verdade ou os acordos de verdade, no caso a utilização rotineira da manobra de Valsalva, são socialmente construídos e diferem de acordo com as sociedades. Os acordos de verdade, compostos por discursos feitos “por quem reconhecemos como apropriados do saber”, são aceitos como genuínos e por isso podem ser difundidos nas e pelas sociedades (OLIVEIRA; KRUSE, 2006, p. 83).

Louro (2007) nos instiga ao perguntar “Que discursos permitiram que essa verdade fosse admitida como única, singular e universal? Que discursos foram silenciados neste processo?” (p. 241). Ao lado de tais questionamentos coloca-se a intenção de descrever minimamente como a utilização da manobra de Valsalva utilizada como rotina durante o trabalho de parto e parto se tornou verdade para a ciência médica e aceita pela sociedade que dela se acerca, no caso quase todas as mulheres que têm parto vaginal e os profissionais que as atendem.

Para Oliveira e Kruse (2006) os discursos têm uma vontade de verdade que é guiada “pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído” (p. 82). Afirmam, também, que essa vontade de verdade tem influência sobre outros discursos de forma a gerar “uma espécie de pressão [...] um poder de coerção” (p. 82).

Desta forma, conhecer, pesquisar e escrever nessa ótica sobre a manobra de Valsalva significa resistir à pretensão de operar com a verdade (LOURO, 2007), já que as verdades “são construções discursivas, que geram relações de poder e estão circunscritas a um determinado contexto histórico e cultural, já que toda a verdade é parcial e provisória”

(OLIVEIRA; KRUSE, 2006, p. 78) sendo baseada naquilo que é possível conhecer em um dado momento.

Foucault (2005) nos ensina que os indivíduos pelos quais reconhecemos como apropriados do saber têm o poder de praticar o discurso e que tal poder produz efeitos de verdade. E, sobre a verdade Valsalva dizia:

– Eu sou assim mesmo, gosto demais de Morgagni, mas gosto muito mais da verdade (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008, p. 277).

Dessa maneira afirma a sua paixão pela verdade. Mas o que seria a “dedicação à verdade e ao rigor dos métodos científicos?” (FOUCAULT, 1999, p. 18). É Foucault (1999) quem fornece uma resposta: “Da paixão dos cientistas, de seu ódio recíproco, de suas discussões fanáticas e sempre retomadas, da necessidade de suprimir a paixão – armas lentamente forjadas ao longo das lutas pessoais” (p. 18). Tal paixão fez com que “para certificar-se da verdade” (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008, p. 275), Valsalva provasse e constatasse o sabor ácido da secreção produzida pela gangrena, o “que deixou suas papilas gustativas extremamente irritadas pelo resto do dia” (p. 275).

A possibilidade de difundir sua paixão pela verdade e pela ciência teve o respaldo do nome de família. Sua mãe chamava-se Catarina Tosi e seu pai, Pompeo Pini, joalheiro que através do seu trabalho pode proporcionar à família uma vida financeiramente confortável. O sobrenome Valsalva foi em virtude do “castelo pertencente à família” (p. 275) que tinha este nome. Com a facilidade do financiamento de sua formação acadêmica, Valsalva estudou na universidade mais antiga do mundo, como é reconhecida a Universidade de Bologna². Durante a faculdade teve a oportunidade de aprender com diversos professores de renome, como Malpighi, que o apresentou a sua paixão, a anatomia. Obteve tanto destaque entre os outros alunos, que Malpighi o considerou seu aluno predileto. Valsalva, por sua vez “apreciava a forma clara e objetiva de ensinar do mestre” (p. 275).

As relações entre Valsalva e seu mestre constituem-se relações de poder fortemente associadas à vida em sociedade, as quais permitem a presença de “estratégias de dominação, de controle por tentativas de interferir sobre a ação de outras pessoas ou mesmo sobre o

² Fundada em 1063 e mencionada como “Alma Mater Studiorum” (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008, p. 275) a universidade adota o título de professor, recebido mediante concordância das autoridades religiosas, somente após 1170. Na instituição Valsalva obteve “noções básicas de humanidade, matemática e ciências naturais dos religiosos jesuítas, que lhes despertaram o interesse pela morfologia de animais e insetos” (p. 275).

pensamento de outras pessoas” (SOUZA, 2008, p.18). São verdades que se produzem em razão de relações de poder que tornaram Valsalva o mais célebre anatomista de sua época. Entre os saberes que o constituíram encontram-se ensinamentos dos jesuítas e seus primeiros conceitos de ciência bem como as aulas de anatomia de Malpighi.

Pela aplicação de seus saberes fora da universidade, Valsalva foi nomeado Inspetor Público de Saúde destacando-se por sua aptidão no cargo. Por decisão do Senado foi colocado no castelo do rei a fim de debelar uma epidemia (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008) colocando determinada verdade a serviço do rei e de seu reino. A verdade assim aplicada pode ser considerada aquilo que Foucault chamou de jogos de verdade. Tais jogos possibilitam que o sujeito se relacione “com a verdade e também com a questão de quem diz a verdade, como diz e por que a diz” (HARDT, 2006). Na valsa da verdade Valsalva dedicou o Tratado sobre o ouvido humano ao senado, o que “facilitou o auxílio, cooperação e fundos para suas pesquisas” (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008, p. 276) e possibilitou que tal publicação rodasse aos olhos do mundo, mostrando de maneira bastante clara que “a verdade não existe fora do poder ou sem poder” (FOUCAULT, 1999, p. 12).

2 O CAMINHO DE VALSALVA

Meirelles, Neves-Pinto e Poish (2008) descrevem os problemas de saúde que Antonio Maria Valsalva passou a apresentar aos 55 anos de idade. Neste momento ele perde o olfato e de modo súbito começa “a falar de forma estranha, enrolando a língua, apresentando quadro provável de dislalia” (p. 278), situação que durou apenas algumas horas. Como estudioso da fisiopatologia dos acidentes vasculares encefálicos, Valsalva logo percebeu a que estes episódios estavam relacionados. Um ano após, aos 56 anos de idade, Valsalva falece vítima de um acidente vascular encefálico massivo, deixando contribuições³ para a área da saúde através de seus estudos, pesquisas e invenções de “instrumentos muito usados durante e após seu tempo” (p. 277).

Além de suas investigações sobre anatomia descritiva, Valsalva reuniu, ao longo de sua vida, os achados patológicos encontrados nos enfermos que chegavam à sala de autópsias (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008, p. 277).

Numa época em que prevaleciam pensamentos religiosos de moral e preconceito acerca da abertura dos cadáveres⁴ promoveu-se uma mudança na forma de pensar permitindo “lançar um olhar escrutador aos restos inanimados do corpo humano, e estes despojos, antes

³ Entre outras contribuições, Valsalva nomeou diversas estruturas anatômicas e fisiopatologias como: os seios de Peter, espaço situado entre a porção superior de cada uma das cúspides semilunares da válvula aórtica e a parte dilatada da parede da aorta ascendente, do qual as artérias coronárias têm origem; o antro de Valsalva ou antro mastóideo, uma depressão do osso temporal; os ligamentos de Valsalva que compreendem os ligamentos que fixam a aurícula no lado da cabeça; o músculo de Valsalva correspondente a um conjunto de fibras musculares na superfície externa do tragus da orelha; a trompa de Eustáquio, com a descrição de sua função e dos seus músculos; a Disfagia de Valsalva; “o estapédio anquilosado em uma dissecação cadavérica, relacionando-o à surdez do paciente falecido” (p. 277); a “fisiopatologia do acidente vascular cerebral”, (p. 274). Considerado fundador da anatomia e fisiologia do ouvido, Valsalva relata sua experiência de dissecação em mais de mil cadáveres dissecados durante 16 anos, principalmente do ouvido. Por isso, foi nomeado postumamente o primeiro otologista além do mais exímio anatomista de sua época. No Tratado Sobre o Ouvido Humano apresenta a descrição detalhada da anatomia, fisiologia e patologia do ouvido. Nele estão relatos de estudos, funções e componentes da audição. Nomeou o tímpano, os ossículos do ouvido médio e os canais semicirculares; estabeleceu a divisão do ouvido em externo, médio e interno, tal qual é utilizada na atualidade. A obra teve sucessivas edições em italiano e alemão nas universidades e faculdades das principais cidades europeias. Apresentou inovações cirúrgicas como a nefrectomia em cães para extração de tumores. Suas descrições incluem “em detalhe os músculos do ouvido externo, até então ignorados por todos os estudiosos que o antecederam” (MEIRELLES; NEVES-PINTO; POISH, 2008, p. 276).

⁴ Neste momento, para que estudos pudessem ser realizados, médicos estudiosos da anatomia, como Valsalva e Morgagni, dissecavam os cadáveres ao anoitecer, “nos limites do proibido [...] no fim do dia, quando a noite se aproximava, Valsalva penetrava furtivamente nos cemitérios para estudar, à vontade, os progressos da vida e da destruição” (FOUCAULT, 1998, p. 142).

miserável presa dos vermes, tornaram-se a fonte fecunda das mais úteis verdades” (FOUCAULT, 1998, p. 142).

A morte, relacionada à penumbra, ao medo e às superstições até a chegada do Iluminismo, possibilitou o “direito à clareza e tornou-se objeto e fonte de saber para o espírito filosófico” (FOUCAULT, 1998, p. 142). Daí que em 1760 Morgagni vem afirmar que “o cadáver faz parte, sem contestação religiosa ou moral, do campo médico” (p. 143).

Foucault (1998) afirma que os anatomistas da época não percebiam ser necessário estar “habitado à dissecação dos corpos sadios”, ou seja, conhecer a estrutura e o funcionamento de um organismo saudável, para “distinguir uma doença intestinal das ‘concreções políposas’ que a morte produz ou que, às vezes, as mudanças de estação ocasionam aos sadios” (p. 154). Portando manipular cadáveres de enfermos para verificar os efeitos que levaram o doente a morrer só teria sentido caso houvesse possibilidade de comparar tais achados a um corpo sadio e assim, criar o “fato patológico comparado” (p. 154), pois, a observação do normal e do patológico permite que sejam definidos os fatores correspondentes à determinada condição, mas não define de maneira objetiva quais são as condições normais (CANGUILHEM, 2009).

As descrições da manobra de Valsalva indicam que ela provoca uma diminuição da oxigenação materna e fetal quando utilizada durante os esforços expulsivos do parto; que ela não é recomendada pelo Ministério da Saúde durante o trabalho de parto e parto rotineiramente; que ela provoca à volta da mulher, cujo filho esta por nascer, manifestações de comando continuado. Daí poder-se pensar na manobra de Valsalva como uma peça importante que coloca as relações de poder em ação no jogo da verdade. No entanto, tais relações podem provocar uma postura de resistência e de liberdade tão inerente ao poder daqueles que têm o privilégio de se libertar (FOUCAULT, 1999).

Para Foucault (1998) o campo teórico é um meio de contínua modificação e “ponto a partir do qual se desdobram todas as variações históricas do saber médico, o lugar dos conflitos e dos desaparecimentos” (p. 59). Isso possibilita evidenciar um pensamento esquecido sobre o motivo pelo qual a prática da Manobra de Valsalva foi descrita inicialmente e ancorá-la num poder sobre a vida que utiliza saberes a ela relacionado tal como a estatística, a fisiologia, a anatomia, a cidadania, a pedagogia, permitindo a capilarização das possibilidades de intervenção do Estado sobre a vida da população (FOUCAULT, 1999). Vê-se aí uma forma daquilo que Foucault (1998) chamou de biopolítica, ou seja, uma política que organiza o poder sobre a vida e que possibilita a produção de formas de vida que resistem a certos efeitos de poder, certos estados de dominação, evitando os “simples problemas de

obediência” (REVEL, 2005, p. 76), valorizando não apenas a oportunidade de experimentação do indivíduo, mas também o conhecimento produzido nas práticas de saúde onde estão ancorados.

3 O ÚTERO COMO TERRITÓRIO, OBJETO E ALVO DO PODER

Para a descrição do caminho entre coração e útero torna-se necessário percorrer alguns acontecimentos que possibilitaram tal trajeto. É preciso conhecer um pouco sobre as sociedades soberanas e as sociedades disciplinares bem como algumas situações a elas relacionadas descritas por Foucault (1999). É importante estabelecer uma conexão entre a teoria da soberania e sua territorialização e o útero como um território.

Assim, a sociedade soberana tem na figura do rei seu eixo central. O poder/governo é exercido “muito mais sobre a terra e seus produtos do que sobre os corpos e seus atos [...]; se refere à extração e apropriação pelo poder dos bens e da riqueza e não do trabalho” (FOUCAULT, 1999, p. 188). Os direitos legítimos da soberania eram a obrigação legal da obediência. Na sociedade soberana foi possível o estabelecimento do sistema feudal.

Mais do que a um território, o crescimento da população no século XVIII trouxe a necessidade urgente de controlá-la por mecanismos de poder mais adequados e mais rigorosos. É assim que “os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica sendo necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegurasse não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade” (Foucault, 1999, p. 198). Daí que, a partir dos séculos XVII e XVIII, surge uma nova forma de poder, a disciplina, que vai atuar sobre o corpo dos indivíduos e das populações deslocando o poder de deixar viver e fazer morrer, característico da sociedade soberana, para o poder de “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 2005, p. 285), a partir da multiplicidade dos corpos e dos discursos que os atravessam. A disciplina orienta-se, então, “para os corpos e o que eles fazem, seu objetivo é extrair deles tempo e trabalho. Exerce-se de maneira contínua mediante à vigilância” (CASTRO, 2009, p. 405).

Não se trata, apenas, de aumentar uma população ou suas práticas, mas de gerir, no caso da obstetrícia, convenientemente a vida reprodutiva das mulheres, codificada em programas governamentais, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pela Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, que tem como objetivo “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5) e tem, entre outras prioridades a redução da mortalidade materna, peri e neonatal, a ampliação de ações programáticas já adotadas pelo governo e investimentos nas instituições de saúde que desenvolvem tais ações.

Outros documentos, como o manual Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher (BRASIL, 2001a) prescrevem práticas que devem ser utilizadas por profissionais, usuárias e governo. Nele estão descrições minuciosas sobre o que se deve ou não realizar para o bem estar da população envolvida, enfatizando a necessidade e os benefícios que a mulher, durante a gestação e o parto, tem quando acompanhadas de uma pessoa de sua confiança, que pode ser, preferentemente, o pai da criança.

A presença do acompanhante do parto, ao ser valorizada por organizações governamentais como a OMS (1996) emerge na sociedade brasileira na forma de lei como efeito dos sucessivos impedimentos à prática do acompanhante de parto nas instituições. Tal lei veio alterar uma lei maior: a que rege o Sistema de Saúde do país. Isso permite a participação individualizada de alguém que é testemunha de um acontecimento, geralmente um familiar, cronista da história de um nascimento, cujas lembranças devem ser bonitas e recheadas de emoções que valorizem um nascimento que deverá narrado e repetido no meio onde a criança crescerá. Tal situação ratifica o pensamento de Foucault (1999) quando afirma que a partir do século XVIII, há uma solidificação da família como aparelho estrito e localizado de formação e ao mesmo tempo de produção de saúde. Ao tornar a saúde um dos objetivos mais obrigatórios da família, ela, a família, torna-se, também, “o agente mais constante da medicalização” (p. 199) que a partir da segunda metade do século XVIII sofre “um grande empreendimento de aculturação médica” (p. 200). A família torna-se o “lugar obrigatório de afetos [...] e o cristal no dispositivo da sexualidade” (FOUCAULT, 1988, p. 105). É por meio da família, instrumento privilegiado do governo, que a população pode ser individualizada (FOUCAULT, 1999).

Conforme Castro (2009) o dispositivo da sexualidade gira em torno “às sensações do corpo, à qualidade dos prazeres, à natureza das impressões [...] estende incessantemente seu domínio e engendra novas formas de controle [...] está ligado à economia, mas através do corpo” (p. 401) e tem como razão de ser “não o reproduzir, mas o proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar nos corpos de maneira mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global” (FOUCAULT, 1999, p. 101) penetrando e controlando o corpo social e individual. Tais pensamentos remetem ao discurso de onde a manobra de Valsalva emerge: de um corpo que a modernidade categorizou como feminino, individualizado por possuir um útero e que, “em nome de uma urgência biológica e histórica [foi fundamentado] como verdade” (p. 54).

Ao falar-se em urgência biológica e histórica, é preciso considerar a medicina como instrumento da ciência neste fazer. Até o século XVI indivíduos ligados à promoção da cura,

no caso, os médicos, eram, predominantemente, sustentados pela Igreja. A cura estava ligada a atos de caridade e a fé era uma ‘medida de riqueza’ do homem. Pela fé os indivíduos seriam recompensados por Deus. Assim, a riqueza do homem estava ligada à intensidade de sua fé e não ao produto do trabalho que, no caso era exercido por “seres considerados ‘não humanos’ ou de pouco valor: escravos, bárbaros, servos” (RIFFEL, 2005, p. 109). Sendo assim, os médicos “afastavam-se não apenas do trabalho, mas também do sangue e das secreções que sujavam suas vestes, julgando tais fluidos impurezas” (p. 109). A patologização do parto surgiu da necessidade da obstetrícia científica que deslocou os saberes das parteiras, num primeiro momento para dentro dos hospitais e, em seguida, permitiu que tais saberes cedessem lugar aos “instrumentos e instalações” (p. 110) médicos, territorializando o útero como objeto de seu saber.

As mudanças de pensamento a respeito das mulheres, socialmente consideradas detentoras de saberes, que curavam, e ao mesmo tempo “gente particularmente desprezível” (FOUCAULT, 2001, p. 86) e de comportamento depravado por possuírem um útero, deram-se por artifícios criados pela ciência ao considerar o útero, “o mais amável, augusto, santo, venerável e milagroso templo do universo” (p. 87), e, por conseguinte tornando venerável a mulher, agora comparada à Virgem Maria que também abrigou o Salvador “em suas ancas” (p. 86). Assim, o útero “tornou-se objeto sagrado [e] a mulher foi sacralizada pela religião, pelo matrimônio e pelo sistema econômico da transmissão dos bens” (p. 87). Torna-se necessário conhecer a matriz⁵ e, com isso evitar dores e morte durante o parto às preciosas mulheres que reproduzem filhos e fornecem uma população e “nenhum vergonhoso silêncio deve impedir que se conheça o que permitirá, precisamente, salvar essas existências” (p. 87).

Os dispositivos específicos de saber e poder a respeito da sexualidade que incluem a histerização do corpo da mulher, “qualificado e desqualificado” (FOUCAULT, 1988, p. 99) como fardo de sexualidade, posto em acesso ao corpo social, com o espaço familiar e com a vida das crianças, fez com que a maternidade fosse o exemplo mais visível dessa histerização, o de mulher nervosa. Portanto, a “medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (p. 137).

Essas responsabilidades eram designadas às mulheres pela sociedade em geral e pelo estado ao promover um “encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si” (CASTRO, 2009, p. 191) que Foucault (1999) descreveu como

⁵ Matriz: outra denominação para útero.

governamentalidade. Para o autor governamentalidade “são táticas de governo que permitem definir a cada instante o que deve ou não competir ao Estado” (p. 292). E esta governamentalidade também configura “o governo de si mesmo por si mesmo, na sua articulação com as relações com os outros” (CASTRO, 2009, p. 93).

Ao falar sobre o cuidado de si, faz-se necessário aproximar-se dos conceitos de biopoder e de biopolítica, pois o poder sobre os indivíduos exercido pela política e pelo Estado influencia nas técnicas de cuidado de si e do outro, principalmente se lembrarmos de que o poder organizado em termos de soberania foi incapaz de manipular o “corpo econômico e político de uma sociedade em vias de explosão demográfica e, ao mesmo tempo, de industrialização” (CASTRO, 2009, p. 59).

Bub et al (2006) descrevem biopoder como uma forma de “estatização da vida biológica” (p. 52) onde o Estado apropria-se das formas possíveis de viver e de morrer. O biopoder promoveria um esvaziamento da subjetividade e do direito sobre o próprio corpo fazendo com que o viver entrasse “no campo do controle do saber e das intervenções do poder” (p. 152). Já a biopolítica é a relação de poder entre o Estado e o sujeito, enquanto pertencente ao seu objeto principal, a população. A biopolítica encarregar-se-ia dos acontecimentos de longo prazo procurando prevenir e estimar estatísticas de natalidade, mortalidade, morbidade, saúde, higiene, entre outras. Tais dados estatísticos, necessários para “racionalizar os problemas com os quais o governo tem de se confrontar em relação a uma população” (p. 152), possibilitou regulamentar tais acontecimentos para o equilíbrio da população.

A biopolítica é uma relação de poder existente entre Estado e população, que engloba as relações entre Estado e sujeito e dos sujeitos consigo mesmos não podendo ser confundida com violência. Passos (2010) menciona que “o poder é antes de tudo produtivo; produz valores, sustenta saberes e, principalmente, produz modos de sermos sujeitos e relacionarmos com outros sujeitos” (p. 236). Para que os eventos ocorridos às populações pudessem ser regulamentados precisaram, antes, ser criados. E para isso nada mais propício do que as instituições de confinamento como espaços de adestramento e fiscalização, tão características da sociedade moderna, como as escolas, empresas, hospitais, prisões, entre outros, onde são criadas regras/rotinas a fim de moldar condutas de alunos, trabalhadores, pacientes e prisioneiros ao padrão de tais instituições. Lembra-se, também do questionamento de Passos (2010) quando pergunta: “O que esperar das instituições sociais da modernidade?” a resposta do próprio Passos (2010) é: “normalizar os indivíduos, produzir indivíduos mais dóceis e conformes às normas e aos valores sociais dominantes” (p. 239).

O surgimento da sociedade disciplinar, nos séculos XVII e XVIII, trouxe a “arte do corpo humano que busca não apenas o acréscimo de habilidades, nem tampouco o fortalecimento da sujeição, mas a formação de um mecanismo pelo qual o corpo se torna tanto mais obediente quanto mais útil, e vice-versa” (CASTRO, 2009, p. 89). Nessa mesma época criam-se as maternidades que se proliferam a partir do século XVIII, coincidentemente época em que se inicia e se estabelece o período da industrialização e quando a ciência passa a ocupar cada vez mais os espaços na sociedade.

As instituições disciplinares implicam uma hierarquização do poder e do saber. No caso das gestantes, estas estão submetidas aos jogos de poder das instituições de saúde e, no caso da manobra de Valsalva, especificamente às instituições hospitalares que ao não submeterem-se às prescrições governamentais tendem a colocar a manobra de Valsalva como centralidade de discussão e embate.

4 A DISCIPLINARIZAÇÃO DO PARTO E A NORMATIZAÇÃO DA MANOBRA DE VALSALVA

Como referido anteriormente, durante os séculos XVII e XVIII instituiu-se a sociedade disciplinar, de forma a organizar um poder que surgiu não para extinguir a teoria da soberania, visto que esta “permitiu o desenvolvimento das disciplinas como mecanismos de dominação e [também] permitiu ocultar o exercício efetivo do poder” (CASTRO, 2009, p. 405). Nesta época a disciplina teve como um de seus objetivos, intensificar “a força econômica do corpo e, ao mesmo tempo, reduzir sua força política” (p. 112), extraíndo dele seu tempo e trabalho e desenvolvendo-se através de estratégias de vigilância. A disciplinarização por meio da vigilância tem no “panóptico de Benthan” (p. 113) um modelo de controle de todos e de cada um. A disciplina, um poder positivo e produtivo que gera individualidade, funcionaria como instrumento deste “olho do poder” (FOUCAULT, 1999, p. 209).

O panóptico, citado por Foucault (1999) é uma construção em forma de anel, com uma torre ao centro que permite que sejam observados, através de um vigia, quem ocupa os espaços periféricos divididos em celas com duas janelas: uma que se abre para o interior, onde esta a torre, e outra para o exterior, permitindo que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta um vigia na torre e um doente, ou uma gestante, na cela para que o princípio da visibilidade se manifeste. O modelo do panóptico foi adotado na modernidade na arquitetura de escolas, por exemplo, por meio da colocação da mesa do professor em um canto da sala, posição que proporciona uma visão privilegiada dos alunos; nos hospitais ao adotar paredes de vidro entre as salas permitindo facilidade de observação de internos e profissionais; nas salas de parto dispostas ao redor de área de circulação permitindo fácil acesso e visualização de todas as salas; na posição central da mesa de parto na sala permitindo acesso dos profissionais ao corpo da mulher que pari.

Nem sempre foi assim. A criação das maternidades, bem como a medicalização e hospitalização dos corpos femininos foram disciplinarizados pelo pensamento de que o saber médico, considerado uma verdade, poderia salvar vidas, evitar infecções e realizar um “controle higiênico” do útero, o que as parteiras foram julgadas incapazes de fazer. A ciência tornou o corpo feminino seu objeto por meio de um pensamento sistemático onde a medicalização do parto pode colocar outras evidências sobre o processo de parturição.

Revel (2005) entende por pensamento medicalizado “uma maneira de perceber as coisas que se organizam em torno da norma, isto é, daquilo que separa o que é normal daquilo que é anormal” (p. 65). O normal e o patológico é definido a partir da aplicação de

“mecanismos de administração médica, de controle da saúde, da demografia, da higiene ou da alimentação” (p. 65) que são instituídos nas sociedades fazendo com que a “medicalização coletiva” (p. 65) tenha poder de gerir e de regular as populações. Para Castro (2009) “a sociedade de normalização é uma sociedade onde se cruzam [...] a norma da disciplina e a norma da regulação” (p. 309) fazendo circular vários outros discursos transversalmente. Pode-se considerar a implementação das maternidades uma forma de normalização do parto, pois, como quaisquer instituições, precisam ter suas normas e regulamentos esclarecidos desde o início de sua formação.

Com a criação das maternidades o poder e o saber médico modificou o processo de parturição tornando-o cada vez menos “natural” através de práticas intervencionistas sistematizadas na ciência, colocando em circulação outras práticas relacionadas ao parto e ao nascimento. O que aqui é entendido como “natural” refere-se, geralmente, a práticas que incluem “permanecer longas horas na cabeceira das parturientes e de receber, da melhor forma possível, em suas mãos experientes, a criança às vezes mais apressada em nascer do que o médico em vir, dividido em suas múltiplas obrigações” (COUVELAIRES, 1930 apud THÉBAUD, 2002, p. 422), ou seja, a espera, a escuta, o controle do processo fisiológico e que não necessita de práticas invasivas a fim de adequá-lo àquilo que é descrito como padrão de normalidade. Já a ciência trouxe, por exemplo, a possibilidade do fórceps, isoladamente a invenção que “maior influência exerceu na aceitação da obstetrícia como disciplina técnica e científica [...] introduzindo o conceito de parto como um ato comandado pela vontade humana” (OSAVA, 1997, p. 11). Trouxe também, a possibilidade da anestesia e da cesariana.

Estas práticas têm como alvo, conhecer e “comandar” o útero para dele extrair sua máxima potencialidade. Como órgão tornado “científico”, o útero passa a uma repentina valorização na modernidade: de órgão impuro e abjeto, passa a venerável e objeto de estudo para a ciência e para os homens da ciência. Sendo assim já não se podia recomendar que os partos fossem realizados por parteiras, cujas práticas são agora propagadas como inadequadas e fontes de infecção. Em 1930, em Paris, a recém-criada Maternidade Baudelocque considerava que

uma maternidade não deve ser somente uma casa de parto, mas sim um centro de assistência médico-social e de trabalho científico consagrado à função da reprodução (THÉBAUD, 2002, p. 418).

O mesmo discurso em que Costa, no Rio Grande do Sul, 40 anos depois, está inserido como evidencia o excerto que segue.

“Salvo imprevistos ou circunstâncias especiais, o parto é, hoje, um fenômeno de ordem médica e hospitalar” (COSTA, 1969, p. 81).

O exercício médico sobre o parto, deslocado para o ambiente hospitalar coloca, gradualmente no novo cenário, profissionais do sexo masculino. Alguns eventos explicitam este movimento, como o descrito por Beauvalet-Boutouyrie (2002) em relação à maternidade francesa de Port-Royal. Fundada em 1795, atendia mulheres grávidas, em sua maioria mães solteiras e pobres, além de servir como escola para a formação de parteiras. Em seu quadro de pessoal, a maternidade possuía um parteiro-chefe que era médico ou cirurgião, fazia partos e era também o diretor. Possuía, também, um médico e uma parteira-chefe, que, na prática, era quem assumia a direção da instituição. A primeira parteira-chefe da maternidade foi Marie-Louise Lachapelle que aprendeu a prática de partejar com sua mãe, parteira renomada, desde a infância. Ela participou da organização e do funcionamento da maternidade de Port-Royal estabelecendo o ensino da assistência prestada. Além de parteira-chefe exercia a direção da escola e ministrava aulas, no que era comparada ao parteiro-chefe: enquanto Lachapelle ministrava seis aulas por semana, o parteiro-chefe ministrava três.

O saber de Lachapelle é reconhecido na história da obstetrícia também por ter escrito um manual para as alunas que era utilizado como método de ensino e evidenciava o princípio de que “a ciência nasce da observação” (p. 404). Além de educadora, a parteira-chefe era encarregada dos partos da maternidade. Ela fazia a triagem das mulheres que, geralmente, só eram examinadas no último mês de gestação ou quando apresentassem alguma patologia associada fora deste período. Era, também, quem decidia pela internação ou não da gestante além de, junto com as alunas, acompanhar os partos sem distócia⁶.

De acordo com o regulamento existente na instituição,

[...] todas as vezes que o parto for considerado impossível pelas únicas forças da mãe (...) a parteira-chefe operará, se não vir perigo nem para a mãe nem para a criança, nem grandes dificuldades para a execução (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002, p. 408, apud CAMUS, an X).

Em tal excerto revela-se o conhecimento da parteira que realizava as mesmas práticas do cirurgião no que se refere ao parto e, inclusive, recebia o mesmo salário. Tomava medidas necessárias e concluía os partos mais trabalhosos. Práticas como versão, aplicação de fórceps e tampões, redução de prolapso de cordão umbilical e sangria, bem como outros tratamentos

⁶ Distócias são situações que “perturbam” a marcha do parto sujeitando o feto ou a mulher a maiores riscos (REZENDE, 1998, p. 316).

direcionados à resolução de distócias eram habituais, permitidos e recomendados a ela. A maioria das operações destinadas aos cirurgiões era executada pelas parteiras na medida em que se pudessem evitar intervenções durante todo o processo. Tais atribuições eram defendidas por parteiros como Jean-Louis Baudelocque e Antoine Dubois (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Marie-Louise Lachapelle permaneceu na direção da maternidade de 1789 a 1821. Ao final deste período várias situações evidenciavam disputas entre parteiras e parteiros-médicos. Estes desejavam retomar a direção da maternidade e passaram a desempenhar as funções das parteiras. O regulamento existente foi contestado por não esclarecer as atividades pertencentes a cada profissional e, então, as parteiras passaram, pouco a pouco, a desempenhar funções auxiliares nas salas de parto (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002) e “saber exatamente o que ela não deveria fazer” (THÉBAUD, 2002, p. 422).

No Brasil, no século XIX, foram instaladas as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia em 1832. Nelas “foram criados os cursos de medicina e farmácia para os homens e de partos para as mulheres” (CASTRO, 2003, p. 18). O curso de partos do Rio de Janeiro formou sua primeira parteira no ano de 1834: Madame Marie Josephine Mathilde Durocher que tinha naturalidade francesa e vestia-se com roupas masculinas por acreditar que, dessa forma, inspiraria respeito. Nesta época também estavam sendo criadas as maternidades brasileiras as quais permitiram a atuação das parteiras desde que no auxílio dos médicos. A autoridade médica se mostrava tão forte que foi sugerida a associação entre o trabalho da parteira e da enfermeira a fim de restringir sua atuação independente no acompanhamento dos partos e firmar-se enquanto supremacia médica. O curso de partos foi oferecido com o objetivo de controlar a prática das parteiras dentro do limiar estabelecido pela medicina e focava-se em práticas, deixando aspectos que envolviam o pensar para outros profissionais (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Voltando à questão do estudo: como a manobra de Valsalva deslocou-se para a aplicação no trabalho de parto e parto, talvez se possa dizer que foi quando a medicina passou a perceber os gritos de dor durante este processo, considerada até o início do século XIX um sinal característico deste momento, como algo que devesse ser diferente. Conforme pensamento de Alexandre Couvelaire em declaração realizada no 8º Congresso da Associação dos Ginecologistas e Obstetras, em 1933, o parto alimentava nos médicos católicos da época sentimentos de ternura. Dizia ele:

de minha parte, guardo ainda toda a minha ternura pelas mulheres que, cheias de esperança e jovial

serenidade, esperam sem temor a hora das supremas dores e as aceitam com vontade por vezes estóica, para serem as primeiras a escutar o primeiro grito do ser que ela alimentaram com seu sangue; não deixemos acabar esta fonte de profunda alegria, abstenhamo-nos de cultivar sistematicamente o desejo de soluções rápidas com hora marcada, no sono das anestésias gerais; não façamos nada que contribua para diminuir a beleza moral das mães e das crianças (THÉBAUD, 2002, p. 424).

Para percorrer o caminho da manobra de Valsalva ao útero é preciso entender as condições históricas que “tornaram possível para sujeitos individuais pensar e perceber o mundo a sua volta de certas maneiras através de certos conceitos, e também como determinadas formas de pensar eram simplesmente impossíveis” (OKSALA, 2011, p. 40). É necessário compreender que “todo conhecimento do mundo tem de se conformar ao modo humano de experimentá-lo” (p. 43), o que supõe a criação de caminhos distintos dos anteriormente criados.

Neste caminho encontram-se profissionais cujo objeto de trabalho são os indivíduos sobre os quais se exerce um biopoder sobre seus corpos e o de suas famílias. Desta maneira o biopoder torna-se uma “forma muito eficaz de controle social que assume a direção da vida dos indivíduos desde antes de seu nascimento até sua morte” (OKSALA, 2011, p. 89). Parte deste biopoder é a assistência obstétrica que objetiva o bem-estar materno/fetal, produz a medicalização da gravidez e intensifica o “controle social da vida familiar” (p. 89) de tal forma que a mulher tem um poder de decisão sobre seu corpo limitado por normas de uma instituição disciplinadora como o hospital e como as que regem os profissionais que lá exercem suas práticas.

Para Foucault (1999) a “experimentação não passa de um inquérito sobre fatos artificialmente provocados” (p. 117). Isso porque os acontecimentos produzidos numa aparelhagem de laboratório ou num hospital, não geram produtos tais quais são verificados ritualmente no acontecimento da verdade, ou na fisiologia do organismo; verdade que passou a ser produzida através de fenômenos constatáveis por “todo sujeito de conhecimento” (p. 117). Assim,

o parto é caracterizado por alterações espontâneas na respiração da mãe marcadas pelo aumento das pressões torácica e abdominal que auxiliam na expulsão do feto. Embora normalmente espontânea e inconsciente, a respiração torna-se uma atividade voluntária e controlada durante o parto, induzida por mecanismos fisiológicos que facilitam este processo (LEMOS; DEAN; ANDRADE, 2011, p. 67).

Como descrito no excerto anterior, o parto possui mecanismos fisiológicos como os esforços expulsivos para auxiliar no nascimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), a manobra de Valsalva

aplicada durante o parto vaginal é considerada uma das “práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” (p. 188). A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1996) descreve a utilização desta manobra como uma ação sem relação significativa à diminuição da duração do trabalho de parto e que pode causar danos ao organismo materno e fetal. Contudo, a manobra é incentivada por profissionais da saúde nos centros obstétricos colocando a pergunta: Para quem a Manobra de Valsalva se dirige? Quantas são as mulheres atingidas por ela? Quem a define como importante e necessário? Por quê?

5 A MANOBRA DE VALSALVA NO PARTO

Não se pode dizer que a manobra de Valsalva é utilizada em todas as ocasiões em que uma criança nasce, mas pode-se pensar num número minimamente aproximado de mulheres do Brasil a quem são solicitadas sua realização.

Ao buscarmos informações junto ao SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos (DATASUS, 2012) - encontramos aí os seguintes registros: 3.205.108 de crianças nascidas vivas no ano de 2000; 2.861.868 no ano de 2010. As informações relativas aos nascimentos dos anos intermediários a 2000 e 2010 mostram números que não ultrapassam os limites atingidos nestas datas. Assim, ao realizar uma média do número de nascimentos dos últimos 10 anos tomando por base o menor número de nascidos vivos deste período ter-se-ia, pelo menos, 28 milhões de mulheres que deram a luz. Agora, se considerarmos que pelo menos 50% delas tiveram partos vaginais, poder-se-ia dizer que, dentro das maternidades brasileiras, aproximadamente 14 milhões de mulheres realizaram a manobra de Valsalva estendida.

Desta maneira a Manobra de Valsalva pode ser evidenciada como um fato único e repetido milhões de vezes sobre o corpo de mulheres que se encontram identificadas com um traço biológico pertinente a uma gestão econômica. É em volta deste dado que podem ser organizadas e produzidas práticas que assegurem a sujeição e o aumento constante de sua utilidade (FOUCAULT, 1999); uma forma evidentemente apaixonada de fazer ciência: que coloca um cientista do século XVII, de conhecimentos marcantes, no olho da história contemporânea e com quem os cientistas da atualidade “conversam”, aceitando tais preceitos de maneira questionável quando associados à área obstétrica.

Na emergência de tal “conversa” ouvimos afirmativas oriundas de estudos como o atualíssimo artigo de Lemos; Dean e Andrade (2011) em que foram analisados dados de 33 mulheres com idade média de $22,5 \pm 3,7$ anos, idade gestacional média de $38,1 \pm 1,12$ semanas e cujas

variáveis maternas analisadas [foram]: paridade, posição do corpo, necessidade de pressão de fundo uterino, uso de ocitocina, episiotomia, peso do recém-nascido e escores de Apgar (p. 68).

Variáveis diversas, para as quais são utilizadas tecnologias diversas para produção e análise dos dados. Assim,

Para examinar a associação entre variáveis categóricas e duração manobra de Valsalva, a última foi

classificada em duas categorias com base nos esforços espontâneos das mães comumente relatados na literatura: os que duram <6s e os que duram >6 s. Quando os pressupostos do teste do qui-quadrado não foram satisfeitos, o teste exato de Fisher foi utilizado (LEMOS; DEAN; ANDRADE, 2011, p. 68).

Para que os resultados fossem considerados “confiáveis” os estudiosos pensaram ser necessário “excluir um potencial de efeitos cumulativos de estresse fisiológicos e psicológicos sobre as variáveis de interesse, a duração do trabalho global” (p. 68). Assim, decidiram utilizar variáveis relacionadas aos níveis de ácido-base do recém-nascido para correlação usando associações entre variáveis contínuas e correlação de coeficiente de Pearson. Os dados foram analisados “descritivamente por médias e desvios-padrão” (LEMOS; DEAN; ANDRADE, 2011, p. 68).

Ao mostrar-se o nível de detalhamento do trabalho dos autores citados pode-se depreender mais um pouco daquilo que Foucault (1999) chamou de paixão do cientista. Paixão evidenciada pela necessidade de suprimir a paixão por aquilo pelo qual é apaixonado ao justificar-se como “neutro” por meio dos resultados obtidos: não é o autor de uma pesquisa quem diz e sim os números e resultados obtidos que “falam” por ele expressando a “neutralidade” conferida pela ciência.

A pesquisa de Lemos, Dean e Andrade (2011) chegou ao minucioso dado em que nove mulheres que realizaram Manobras de Valsalva com duração superior a seis segundos tiveram o sangue da artéria umbilical de seus recém-nascidos com pH menor do que 7,2; três recém-nascidos tiveram índice de Apgar no primeiro minuto menor de sete. No entanto, “todos os recém-nascidos apresentaram escores de Apgar normais no quinto minuto” (p. 68). Portanto, nenhuma associação foi observada entre índice de Apgar e duração da manobra de Valsalva (p. 68) “mostrando” que tal manobra não interfere nas condições de nascimento do recém-nascido uma vez que no período considerado adequado todos se apresentam “normais”.

O trabalho mostrou, ainda, não haver evidência “de saturação arterial, definida como inferior a 96% de oxigenação, em qualquer mãe durante todo o período do estudo” (p. 68). Mostrou, também, haver associação entre a duração da manobra de Valsalva e da frequência cardíaca materna, continuamente monitorada e gravada durante cada puxo⁷.

Outros achados relacionaram-se a necessidade ou não de episiotomia. Assim, das sete múltiparas que não necessitaram de episiotomia, seis exibiram uma lesão perineal de primeiro

⁷ O puxo, em obstetrícia refere-se àquele esforço uterino involuntário provocado pela pressão que a apresentação fetal exerce sobre o reto e os músculos do assoalho pélvico, que ocorrem após a dilatação cervical estar completa (BRASIL, 2001).

grau, e “uma delas, uma lesão de terceiro grau” (p. 68), mostrando que a Manobra de Valsalva provocou lesões em mulheres que, por sua condição de multiparidade, talvez não ocorressem.

Em relação ao tempo de duração do período expulsivo, o trabalho “mostrou” não haver relação com a duração da Manobra de Valsalva. Bloom (2006) e outros estudiosos da University of Texas Southwestern afirmam que a diferença tem pouco impacto em todo o tempo do parto. Este tempo foi mensurado como sendo em torno de 14 horas. Quando foi dito para fazerem força em cada contração, deram à luz 13 minutos mais rápido que aquelas que não receberam qualquer tipo de instrução.

Também não foram observadas associações entre a duração do primeiro e segundo período do parto quando comparado com o pH umbilical venoso e arterial (LEMOS; DEAN; ANDRADE, 2011, p. 69). Os autores advertem que “o sangue do cordão umbilical arterial reflete o estado ácido-base fetal, e um pH de menos do que 7,2 é um indicador de acidemia fetal” (p. 69), o que poderia causar prejuízos ao bebê.

Em suas análises o estudo afirma não ter registrado a frequência cardíaca fetal e recomenda estudos deste parâmetro a pesquisadores que, assim, levariam a uma “maior compreensão sobre a respiração normal e esforços em mulheres em trabalho de parto orientando o desenvolvimento de mais refinadas diretrizes de prática clínica para apoiar as mulheres durante o trabalho de parto e parto” (p. 71). Afirmam, também, que a ausência de uma associação entre a duração da manobra de Valsalva com a posição adotada por mulheres pode ter ocorrido visto que todas se encontravam em “decúbito dorsal ou mais ereta dadas limitações da mesa de parto” (p. 71). A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001a), recomendam que a mulher tenha liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, estimulando posições não supinas neste período.

Noutras publicações, em que foram estudados aspectos relativos à circulação sanguínea e do coração de adultos, relatou-se a diminuição de “11,2% do diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo e de 9,4% do diâmetro sistólico final acompanhado de 29% de diminuição do volume sistólico e o débito cardíaco foi reduzido em 35 a 44% durante a manobra” (BARUZZI; GRINBERG; PILEGGI, 1987, p. 385), ou seja, menos sangue chegou ao coração para ser bombeado.

A manobra de Valsalva é descrita como prática que aumenta a pressão intra-abdominal, o que diminui a perfusão sanguínea do útero, reduzindo o fluxo de sangue deste para a placenta. Como consequência, o sangue apresentaria um nível de oxigênio alterado e baixo pH, causando acidemia secundária ao metabolismo anaeróbico no feto (LEMOS; DEAN; ANDRADE, 2011). Este esforço respiratório intenso e prolongado causaria, também,

elevação da pressão intra-torácica para o coração e grandes vasos “e abolição temporária do fluxo de sangue” (BARUZZI; GRINBERG; PILEGGI, 1987, p. 383).

Por sua vez, os estudos de Balarim et al (1990) em uma análise de sete casos de hemorragia retiniana e/ou vítrea em pacientes sem alterações oculares prévias consideradas predisponentes, verificaram que “em cinco casos a hemorragia foi desencadeada pela manobra de Valsalva” (s.p.). Nos estudos de Lópes et al (2002) o foco foi a testagem da variabilidade do fluxo sanguíneo da pele, em indivíduos saudáveis, através de quatro manobras respiratórias: respiração espontânea, respiração rítmica, inspiração profunda repentina e manobra de Valsalva. Para cada manobra respiratória foi concedido um minuto de descanso, “exceto na manobra de Valsalva, onde se concedeu três minutos de descanso” (p. 118). As porcentagens de diminuição do fluxo sanguíneo da pele foram respectivamente 35%, 56%, 60% e 73%. Por concluírem que há diminuição do fluxo sanguíneo da pele em 73% em indivíduos saudáveis durante a realização de uma manobra de Valsalva como era de se esperar visto que sob tal manobra o fluxo sanguíneo corporal é diminuído já a partir do coração.

Portanto a prática de especialistas que exercem o poder e detém o saber sobre corpos e o funcionamento íntimo das coisas que a população em geral desconhece, incentivam uma manobra que não beneficia bem-estar materno e fetal. Mais, incentivam uma prática que não é recomendada por instituições internacionais e nacionais evidenciando “uma brecha entre o dizer e o fazer que inventa um cotidiano diferenciado daquele que os discursos enunciam” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2007, p. 160).

Assim, pode-se pensar que a Manobra de Valsalva, como uma prática de verdade utilizada frequentemente no trabalho de parto, revelaria uma “vontade de saber que lhe serve ao mesmo tempo de suporte e instrumento [e não se obriga a] determinar se essas produções discursivas e esses efeitos de poder levam a formular a verdade ou, ao contrário, mentiras destinadas a ocultá-lo” (FOUCAULT, 1988, p. 17).

6 ESSE CAMINHO TEM CORAÇÃO?

“Se tiver, o caminho é bom”, responde Castañeda (1968, s.p.). É, também, “uma maneira eficiente de questionar a inevitabilidade de nossas práticas correntes” (OKSALA, 2011, p. 17) ou nossos caminhos, mas “uma vez que essas coisas foram feitas, elas podem ser desfeitas, contando que saibamos como foram feitas”, complementa a autora (p. 14).

É numa curva, ou quem sabe, reta desse caminho que

o obstetra assume o comando do parto, e, toda equipe fica sob suas ordens, pois dele é a responsabilidade dos acontecimentos, se coloca em frente à região vulvar, e comanda o parto, determinando esforços expulsivos durante as contrações, e repouso nos intervalos (COSTA, 1969, p. 88).

O período expulsivo do trabalho de parto é caracterizado pela progressão do feto através do canal vaginal com o auxílio dos esforços expulsivos involuntários que geram altas pressões torácica e abdominal, “em coordenação com a respiração e contração muscular” (LEMOS; DEAN; ANDRADE, 2011, p. 67). Associados a esses esforços involuntários “a mulher pode também apresentar esforços voluntários para baixo [que se manifestam] através dos músculos abdominal e respiratório, a fim de facilitar a expulsão do feto” (p. 67). Porém, “enquanto durante os esforços voluntários para baixo são normalmente de curta duração (menos de seis segundos) os esforços dirigidos pelo cuidador são muitas vezes superiores a 10 segundos” (p. 67).

Tanto no excerto acima quanto nas definições que o sucedem percebem-se práticas disciplinares, onde “cada elemento, cada indivíduo tem seu lugar bem determinado, em sua classe, em seu posto, na hierarquia dos valores e êxitos” (CASTRO, 2009, p. 405). Práticas que disciplinam a respiração de mulheres cujos movimentos devem ser coordenados com esforços involuntários da musculatura uterina para otimizá-los. Entretanto, a otimização descrita só é possível mediante a ação de um comandante: o obstetra.

Na rede produtiva do poder instaurado a partir dos séculos XVII e XVIII houve a produção de dispositivos que Foucault (1999) chamou de “nova economia do poder” (p. 8) cujos efeitos incidem continuamente não apenas no corpo individualizado como também no corpo social, e que são, ao mesmo tempo muito mais eficazes e muito menos dispendiosas, quando “transmitidas sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos (universidade, exército, escritura, meios de comunicação); enfim, é objeto de debate político e de confronto social” (p. 13). Para que tal economia possa operar efeitos sobre a sociedade alia-se à disciplina que “exerce seu controle, não sobre o

resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento” (p. 106). Quando, a partir do século XVIII se desenvolve uma arte do corpo humano que “começa a observar de que maneira os gestos são feitos, qual o mais eficaz, rápido e melhor ajustado” surgem personagens destinados “não só a observar se o trabalho foi feito, mas como é feito, como pode ser feito mais rapidamente e com gestos melhor adaptados”. Aparece, no exército, o “suboficial e com ele os exercícios, as manobras e a decomposição dos gestos no tempo” (p. 106). Surge na obstetrícia o médico obstetra que precisa formar um corpo de atividades próprias para a profissão, de tal forma que incidam sobre o seu fazer: o corpo das gestantes. Tais práticas incitam a uma vigilância perpétua e constante do parto. É preciso garantir que a gestante seja submetida a “uma perpétua pirâmide de olhares” (p. 106) o que pressupõe, a exemplo dos exércitos, “sistemas de graus que vão, sem interrupção, do general chefe até o ínfimo soldado [...] que permitem que cada indivíduo seja observado permanentemente” (p. 106); que haja um registro contínuo sobre o indivíduo e as práticas que são aplicadas a ele com “transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber” (p. 106). É desse modelo militar que emergem as práticas hospitalares e suas analogias com o exército, como o “comando de parto”, prescrevendo práticas que afirmou:

Não mais se admite na obstetrícia moderna, condutas passivas, com esperas injustificadas e nocivas, confundindo fisiologia normal com abandono (COSTA, 1969, p. 81).

Ora, a disciplina enquanto “conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade” (FOUCAULT, 1999, p. 107), faz do exame seu instrumento fundamental, prática de vigilância permanente e classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder. Além das práticas corporais, o exame produz análises, estudos e publicações sobre as aplicações da manobra de Valsalva e seus efeitos sobre os indivíduos e seus órgãos; sobre condutas profissionais e sobre prescrições governamentais confiadas basicamente à medicina moderna ajustada a dois processos: deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar. É esse profissional, um especialista, um intelectual da modernidade a quem será atribuída uma tripla especificidade: “a especificidade de sua posição de classe; a especificidade de suas condições de vida e de trabalho, ligadas à sua condição de intelectual e a especificidade da política de verdade nas sociedades contemporâneas” (FOUCAULT, 1999, p. 13). Tais especificidades poderão implicar efeitos

profissionais ou setoriais fazendo com que o poder que delas emerge venha para compor um regime de verdade ao distinguir o verdadeiro do falso e atribuir ao verdadeiro “efeitos específicos de poder” (p. 13) conformando a verdade ao “estatuto econômico-político que ela desempenha” (p. 13).

Ao propagar e executar práticas que marcam e supliciam sem necessidade reconhecida, a “obstetrícia moderna” produz uma relação de soberania que reconhece no corpo biológico do indivíduo um território a ser dominado facilmente, visto que esta modernidade já configurou os indivíduos ao pensamento de que as práticas, uma vez científicas, salvam. Quando assim determinado, o corpo feminino que produz nascimento não necessita conhecer a inutilidade ou desvantagens de determinadas práticas relativas ao processo de parturição, diferentemente do poder que transforma as relações consigo em “exercícios pelos quais o sujeito se constitui como objeto de conhecimento [e] práticas que permitem ao sujeito transformar seu próprio ser” (CASTRO, 2009, p. 409).

Para Costa (1969)

um dos objetivos da assistência ao parto é abreviar sua duração (p. 81).

Porém, a realização de manobras de Valsalva prolongadas, isto é, maior do que seis segundos, não faz com que as mulheres “não experienciassem período mais curto de trabalho de parto” (LEMOS, DEAN E ANDRADE, 2011, p. 70). Assim, uma fase expulsiva longa não foi associada às mulheres que realizaram manobras de Valsalva durante um curto período de tempo, ou seja, menos de seis segundos. O prolongamento da manobra de Valsalva provocou, também, redução do fluxo sanguíneo útero-placentário interferindo com o bem-estar fetal, o que pode causar alteração do “teor de oxigênio disponível para o feto, devido ao desenvolvimento de acidemia secundária ao metabolismo anaeróbio” (p. 70). Entretanto a realização de manobras de Valsalva prolongadas não foi associada “com o uso de pressão de fundo uterino [denominada de Kristeller⁸] nem à diminuição da segunda fase do trabalho de parto” (p. 71). Portanto a manobra não possibilitaria o preconizado por Costa (1969) quanto à

⁸ A manobra de Kristeller é um tipo de pressão no do fundo do útero, usual dos que tem a intenção de acelerar o nascimento, provocando desconforto materno além de ser considerada perigosa para o útero, períneo e feto. Junto da manobra de Valsalva inclui-se na categoria de práticas “claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” (BRASIL, 2001, p. 188). Outro tipo de pressão é exercido no fundo uterino de maneira involuntária pelo “triplo gradiente descendente”. Este é caracterizado por contrações uterinas que se iniciam no fundo do útero propagando-se em ondas direcionadas ao colo do útero desfazendo-se em seu retorno. Isto faz com que a contração seja mais intensa, mais duradoura, no fundo uterino, o que auxilia na descida do feto.

abreviação da duração do trabalho de parto ou período expulsivo. Assim, restaria à manobra de Valsalva, certo controle sobre certas condutas de mulheres durante tais períodos. As mulheres que não tivessem seus filhos por parto vaginal, como as cesareadas, já estariam sob o “comando” de equipes médicas sem que Valsalva fosse solicitado a elas. Outra “utilidade” da manobra de Valsalva seria a produção de saberes que propagariam “soluções viáveis, muitas vezes simples e de baixo custo, para oferecer o melhor à população [...] utilizando práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e que respeitam a autonomia da mulher e seu acompanhante”, compreendendo o parto como um momento único na vida de cada mulher (BRASIL, 2001a, p. 24).

Assim, a necessidade de trazer os dados destas pesquisas seria a de orientação fundamentada em evidências científicas às mulheres durante o pré-natal e parto “sobre o controle da respiração” (LEMOS, DEAN E ANDRADE, 2011, p. 69), para que “a manipulação da duração da manobra de Valsalva, comum na instrução perinatal” (p. 69) seja dissipada do período de parturição enquanto prática pois “seu impacto potencial não tem sido bem estudado” (p. 69).

Pardal (2008) ao trabalhar com gestantes em sessões de preparação para o nascimento verificou que há uma grande preocupação das mulheres em relação à técnicas de respiração. Elas perguntam: “E a respiração? Não vamos aprender a respirar? A autora mostra-se surpresa e indignada ao exclamar: “como se não o soubessem fazer naturalmente!”. Gerações de gestantes foram preparadas para o parto regidas pelo pensamento de que “uma mulher deve aprender a dar a luz tal como aprende a andar, a ler ou a nadar”.Entretanto, quando o parto é pensado como mobilização de “estruturas ancestrais, primitivas, mamalianas do cérebro”, presume-se que “a mulher não necessite aprender a parir ou a respirar, visto serem processos involuntários” (PARDAL, 2008 apud ODENT, 1990). Sobretudo no que se refere “a prática de se estimular os puxos voluntários e precoces, antes de completada a dilatação cervical utilizada em muitos protocolos assistenciais de período expulsivo” (BRASIL, 2001a, p. 78). Baseado em metanálises divulgadas pela OMS, o governo brasileiro afirma que a presença de puxos voluntários após aparecimento do reflexo espontâneo não provocou um prolongamento significativo do trabalho de parto. Ainda, em parturientes submetidas à analgesia peridural com supressão ou retardo do reflexo de puxo, não houve evidência de qualquer efeito nocivo sobre o feto ou recém-nascido; entretanto, no grupo que realizou puxos precoces observou-se número significativamente maior de aplicação de fórcepe” (p. 79).

Então, é dito que

as intervenções de controle de respiração não devem ser impostas. Em vez disso, a mãe deve adotar um padrão respiratório, incluindo a manobra de Valsalva em conformidade com o que ela instintivamente necessita (LEMOS DEAN ANDRADE, 2011, p. 67).

O que vai ao encontro da prescrição governamental que contraindica o “estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação completa, antes que a própria mulher sinta o puxo” (BRASIL, 2001a, p. 189), indicando a necessidade de conferir liberdade quanto ao padrão respiratório durante o trabalho de parto.

Os movimentos respiratórios são considerados involuntários e, normalmente, suficientes para manter um equilíbrio do organismo da mulher em trabalho de parto e de seu feto. Quando não imposto, os movimentos respiratórios normalmente ocorrem com a glote aberta, ao invés de fechada, como quando ocorre uma manobra de Valsalva. Se esta acontece espontaneamente, o fechamento da glote duração da expiração é de “no máximo de 4 a 6 segundos” (LEMOS; DEAN; ANDRADE, 2011, p. 67). Esta informação é particularmente interessante visto que “algumas mulheres vocalizaram durante a fase final do trabalho de parto” (p. 70), o que requer a glote aberta.

A vocalização materna durante o parto é uma questão que gera divergências no que diz respeito a sua prática. Alguns profissionais indicam a expiração durante a contração, por considerarem que há uma diminuição do estímulo doloroso e alívio do desconforto materno e redução de fortes manifestações vocais. Isto diminuiria, também, a ansiedade de profissionais frente às manifestações de dor e evitaria o que Riffel (2005) apontou como “distócia de ouvido” (p. 83) com consequências como indicação de métodos farmacológicos de alívio da dor e cesarianas. As manifestações sobre as expressões maternas de dor têm sido descritas como violência institucional verbal exemplificada no blog de Gérbera (2011) nos termos que seguem:

- Na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe. Por que tá chorando agora?
- Se gritar, eu paro agora o que estou fazendo e não te atendo mais.
- Se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo.

Tais expressões desconsideram as sensações de desconforto físico e emocional de uma população “protegida” por políticas públicas que indicam a escuta e o bem estar de mulheres entre suas ações. A Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar preconiza que deve haver aceitação por parte dos profissionais da “necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos” (BRASIL, 2001b, p. 52) de cada indivíduo que procura a instituição de saúde considerando o “conjunto dos

aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde” (p. 52) e tornando o atendimento humanizado que busca “assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites” (p. 52). O programa indica também a escuta dos trabalhadores, no entanto não se encontra referência de que esta escuta aconteça em relação à manobra de Valsalva. Estas ações constituem relações de poder que “só se exercem sobre sujeitos livres e na medida em que são livres” (MAGALHÃES, 2008, p. 37), não se referindo, portanto, somente às gestantes, mas também aos profissionais, considerados coadjuvantes da experiência do parto e nascimento. Desta maneira, a ciência e seus especialistas têm a “oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos” (BRASIL, 2001a, p. 9).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) reconhece-se como instância que participa da formação profissional onde os “estudantes são treinados para adotar ‘práticas rotineiras’, como numa linha de produção, sem a avaliação crítica caso a caso, produzindo um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas” (p. 10). Quando especialistas estabelecem com cada mulher um vínculo e percebem suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento, permitem, também, relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que, em lugar de “assumir o comando da situação passam a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê” (p. 10). Uma vez assim estabelecidas, estas relações promovem espaços de liberdade e resistência onde a dominação e a repressão não predominam e as relações de poder circulam sem medos. Diferentemente, as relações de violência, aquelas que agem sobre um corpo, sobre coisas, forçando, dobrando, quebrando, destruindo e fechando-se às possibilidades que o poder produz, não tem “nenhum outro polo a não ser o da passividade” (FOUCAULT, 1995, p. 243).

Uma manobra de pressão de fundo de útero com uma manobra de Valsalva de curta duração reflete uma paciente não disposta a cooperar, demonstrando assim a predisposição para a prática (LEMOS; DEAN; ANDRADE, 2011, p. 70).

A dificuldade em obter “cooperação” da mulher cujo bebê não nasce na contração que previra ou quisera pode ser efeito da falta do que é prescrito pelo Ministério da Saúde quando indica práticas para “minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer” (BRASIL, 2001a, p. 9).

Práticas cuja falta podem fazer com que a mulher que age de forma considerada inadequada às normas hospitalares, incapaz se submeter a um determinado “comando”, seja penalizada com uma pressão no fundo do útero, caso não coopere.

Lemos, Dean e Andrade (2011) observaram que algumas culturas incentivam práticas de parto que objetivam tornar as mulheres estóicas e silenciosas, estas práticas que permeiam rotinas, manobras, comandos e mantêm ocultas, frases e atitudes violentas presentes na ‘assistência/desassistência’ à parturiente e que também, “podem não ser vantajosas para o recém-nascido” (p. 70). Entre tais normas encontra-se a do silêncio. Quem não se lembra do cartaz colado nas paredes dos hospitais, onde se via uma enfermeira com o dedo indicador nos lábios pedindo silêncio?

Ao buscar-se na web, no “Google”, material sobre “silêncio no hospital” encontra-se uma multiplicidade de informações que incluem o movimento de instituições hospitalares do mundo inteiro em prol do silêncio neste local. No site consultado, de reconhecimento internacional por conter grande volume de informações, encontrou-se aproximadamente 11.100.000 resultados. O primeiro destes é uma sequência de seis gravuras, cinco delas representando enfermeiras realizando gesto de solicitação de silêncio.

Num dos endereços consultados Oliveira (2012) informa que a velha imagem da enfermeira que pede silêncio “não é respeitada e chega a ser odiada pelos trabalhadores da saúde que a consideram ditatorial e, por isso foi substituída por uma carinha de moleque sorridente e piscando um olho”. Oliveira enfatiza ainda a importância de se “estabelecer a cultura do silêncio dentro dos hospitais, repetindo o que acontece dentro das bibliotecas e nos cultos religiosos”. Para evidenciar a importância do silêncio foi criada na instituição em que trabalha uma campanha que selecionou frases como:

- Estamos pedindo silêncio nos hospitais. Isso você pode fazer.
- Os hospitais não podem parar, o barulho pode. Eu faço parte da campanha.
- Eu faço silêncio nos hospitais.
- Silêncio, pacientes não se recuperam no grito.
- Legal é fazer silêncio nos hospitais.

Ainda no “Google” encontram-se diversos questionamentos da população para as quais o “Yahoo respostas” publica as melhores respostas. À que pergunta que questiona qual a lei que fala sobre o silêncio nos hospitais é informado que esta não existe publicada, no entanto, “no caso de hospitais, não precisa ser sancionada nenhuma lei para se conseguir silêncio. Um pouquinho de bom senso e consideração já são suficientes, né?” (YAHOO). Outra publicação, indicada pelo “Google” como suporte de informações do Hospital de São

João, na cidade do Porto em Portugal, que se atribui a missão pioneira de lançar um concurso de fotografia, aberto à participação de toda a comunidade cujo tema é "O Silêncio do Hospital". Com isso a instituição pretendeu “despertar a criatividade das pessoas; sensibilizar para a vivência do silêncio na comunidade hospitalar e ainda estimular a descoberta do silêncio como tempo de encontro” (HOSPITAL DE SÃO JOÃO, 2010). E a enfermeira, profissional que se mantém 24 horas no hospital, ocupa uma posição de “olho que tudo vê” e que pede silêncio, vem sendo substituída por outras imagens.

O número expressivo de publicações e a diversidade de discursos que mobiliza fazem crer que o silêncio hospitalar mostra o envolvimento da sociedade para este evento de uma maneira ou de outra, uma vez que todos, em algum momento, passam pelo hospital. Tal prática faz parte do discurso que rotiniza a manobra de Valsalva, impedindo que a mulher emita sons que possam “perturbar” o ambiente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história de Antonio Maria Valsalva, que chega aos dias atuais e ao útero pela criação da manobra de Valsalva aplicada ao trabalho de parto e ao parto nos faz percorrer histórias sobre as parteiras e de como com a invenção da modernidade e da ciência pode-se criar as maternidades, institucionalizar-se e medicalizar-se o parto e disciplinarem-se os corpos femininos no processo de parturição.

Ao procurar indícios na literatura sobre a questão do estudo: “como a manobra de Valsalva instituiu-se como prática de rotina na obstetrícia” percebe-se que a modernidade e a ciência criaram um ordenamento que instiga o fazer viver e deixar morrer por meio de normas governamentais com o intuito de regular a conduta de profissionais que assistem às mulheres e a população atendida, de mulheres e de seus acompanhantes. No entanto, as dificuldades de aplicação das normas governamentais fazem com que se mantenham determinadas práticas construídas no decorrer dos séculos, práticas essas, alicerçadas a “um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história” (BRASIL, 2001, p. 12). Os padrões culturais considerados “dominantes na sociedade” (p. 12), refletem relações de gênero existentes desde as sociedades soberanas, quando o homem era figura central nas sociedades e as relações sociais eram determinadas pela subordinação da mulher (ANDRADE, 2008-2009) criando uma “identidade cultural de gênero construída no tempo e no espaço e estereótipos de papéis diferenciados, marcados pelos interesses imediatos das sociedades nos diferentes momentos históricos” (BRASIL, 2001, p. 12), o que explica, em parte, o porquê do resgate do útero como abrigo e alimento do Salvador a partir do qual se dá outra valorização da mulher e de seu útero.

A manobra de Valsalva passa, então, do ouvido ao coração e deste para o útero, como possibilidade de “comando do parto”, alicerçando pensamentos para o controle do corpo feminino durante o trabalho de parto e parto, desconsiderando evidências científicas que permeiam suas práticas, quando utilizada rotineiramente. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) recomenda que seja necessário “praticar uma medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento” (p. 10) e reconhecer que “a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença [e], principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional” (p. 10). Para isso, prescreve a realização de “um bom trabalho ensinando a melhor prática médica atualmente disponível aos estudantes e residentes” (BRASIL, 2001, p. 189), bem como aos demais profissionais da saúde envolvidos na arte de cuidar. Porém, “esse trabalho será incompleto quando não se ensinar como decidir quando e o que estão

aprendendo tenha se tornado obsoleto e necessite ser modificado” (p. 189) indicando que, no caso da manobra de Valsalva, determinados acordos de verdade predominam sobre a ética e a ciência.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **Informação e Documentação**: Elaboração de Referências. Disponível em: <<http://www.habitus.ifcs.ufrj.br/pdf/abntnabr6023.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2011.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz. **História**: a arte de inventar o passado. Bauru: EDUSC, 2007. 200 p.
- AMARAL, Maria Clara. **Acompanhando o trabalho de parto**: visão da enfermeira obstetra. Disponível em: <www.amigasdoparto.com.br/ac001.html>. Acesso em: 10 jun. 2012.
- ANDRADE, Maria Luzia Oliveira de. Patriarcalismo e rupturas em Cartilha do Silêncio. **Ponta de Lança**, São Cristóvão, v.2, n. 3, p.47-58, out.-abr. 2008-2009.
- BALARIN, Valdir et al. Hemorragia retiniana de Valsalva. **Rev. Bras.Oftalmol.**, São Cristóvão, v. 49, n. 3, p.177-180, jun. 1990.
- BARUZZI, Antonio Cláudio do Amaral; GRINBERG, Max; PILEGGI, Fulvio. Manobra de Valsalva: Mecanismos e aplicações clínicas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 48, n. 6, p.383-387, jun. 1987.
- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Scarlet. As parteiras-chefes da maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? **Estudos Feministas**, Paris, p.403-413, 2002.
- BLOOM, Steven L. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. **American Journal of Obstetrics Gynecology**, Dallas, jan. 2006. p. 10-13. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(05\)00870-7/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(05)00870-7/abstract)>. Acesso em: 10 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério Da Justiça. **Lei dos direitos autorais**: lei 9.610 de fevereiro de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 09 set. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Organização Mundial de Saúde, Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra, 1996.
- _____. _____. **Parto, Aborto e Puerpério**: Assistência Humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- _____. _____. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e no nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. _____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- BUB, Maria Bettina Camargo et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. , p.152-157, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARDIOLOGIA. **MANOBRA DE VALSALVA**. 2009. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=a-Vi7YgeMng>>. Acesso em: 01 set. 2011.

CASTAÑEDA, Carlos. **A Erva do Diabo: as experiências indígenas com plantas alucinógenas reveladas por Dom Juan**. Trad. COSTA, Luzia Machado da. 3. ed. 1968. Disponível em: http://www.4shared.com/office/L2dLgnBp/Carlos_Castaneda_-_A_Erva_do_D.html. Acesso em: 5 jan. 2012.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CASTRO, Jamile Claro. **Parto humanizado na percepção dos profissionais da saúde envolvidos na assistência**. 2003. 140 f. Dissertação (Mestre) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-infantil e de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

COSTA, Marisa Vorraber; SILVEIRA, Rosa Hessel; SOMMER, Luis Henrique. Estudos Culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, Porto Alegre, v. 23, p.36-61, 2003.

COSTA, Pedro Luis. **Clínica Obstétrica**: Manual do Residente. 2. ed. Porto Alegre: Hospital Ernesto Dornelles, 1969.

COUVELAIRES, Alexandre. La nouvelle maternité Baudelocque, Paris, 1930. In: THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.415-427, jul. 2002.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Nascidos vivos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 10 maio 2012.

FICSHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, Porto Alegre, n. 114, p.197-223, nov. 2001.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Trad. NEVES, Luiz Felipe Baeta. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. Poder e Saber. In: MOTTA, Manoel Barros da. **Michel Foucault: Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. (Ditos e Escritos IV).

_____. **Em defesa da Sociedade**. Trad. GALVÃO, Maria Ermantina. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **História da Sexualidade I: A vontade de Saber**. Trad. ALBUQUERQUE Maria Theresa da Costa e ALBUQUERQUE, J. A. Guilhaon, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. In: MACHADO, Roberto (Org.). **Microfísica do Poder**. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

_____. **O nascimento da Clínica**. Trad. MACHADO, Roberto. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Os anormais**. Trad. BRANDÃO, Eduardo. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. Sobre as maneiras de escrever a história. In: MOTTA, Manoel Barros da. **Michel Foucault: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. (Ditos e Escritos II).

GÉRBERA, Déborah. **Violência no parto: “na hora de fazer não chorou”**. Potira: maternidade e afins. 2011. Disponível em: <<http://potiramaternidadeefins.blogspot.com.br/2011/10/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

GROS, Frederic. Foucault e a questão do Quem somos nós? **Rev. Sociol. USP**. Tempo Social, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p.175-178, 1995.

HARDT, Lúcia Schneider. **Formação de Professores: As Travessias do Cuidado de Si**. 2006. In: 29 Reunião Anual da ANPED, 2006, Caxambu. Educação, Cultura e Conhecimento na Contemporaneidade: Desafios e Compromissos, 2006. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT08-1764--Int.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2012.

HOSPITAL DE SÃO JOÃO. **O silêncio no hospital**. Disponível em: <<http://www.forumfotografia.net/index.php?topic=57403.0>>. Acesso em: 20 maio 2012.

LEMOS, Andrea; DEAN, Elizabeth; DORNELAS, Arméle. The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal Birth condition. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 15, n. 1, p.66-72, fev. 2011.

LÓPEZ, Shaula Mundo et al. Respuesta del flujo sanguíneo de la piel com diferentes maniobras respiratórias en sujetos sanos. **Arq. Cardiol. Mexico**, México, v. 72, n. 2, p.115-124, jun. 2002.

LOURO, Guacira Lopes. Conhecer, pesquisar, escrever. **Educação, Sociedade & Culturas**, Porto Alegre, n. 25, p.235-245, 2007.

MEIRELLES, Roberto Campos; NEVES-PINTO, Roberto Machado; POISH, Alfredo Antonio. Antonio Maria Valsalva: Perfil biográfico de um pioneiro da Otolgia. **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.274-279, 2008.

MP MILITARIA. **Medalhas. Brasil Comemorativas**. Disponível em: <<http://www.mpmilitaria.com.br/produtos.asp?produto=6052>>. Acesso em: 29 set. 2011.

NAHAGAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Maringá, v. 10, n. 3, p.651-657, 2005.

ODENT, Michel. El bebé es un mamífero. 1990. In: PARDAL, Catarina. **E a respiração? Não vamos aprender a respirar?** Parir em paz. 2008. Disponível em: <<http://gravidasemforma.blogspot.com.br/2008/04/e-respirao-no-vamos-aprender-respirar.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

OKSALA, Johanna. **Como ler Foucault**. Trad. BORGES, Maria Luiza X. de A. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

OLIVEIRA, Caroline Pimenta; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. **Rev. Bras. Enferm.**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p.78-83, fev. 2006.

OLIVEIRA, Fátima. **Pela Cultura do Silêncio**. Disponível em: <http://www.assefaz.org.br/site/noticia/manu_noticia/vertoda.php?idnoticias=432>. Acesso em: 10 maio 2012.

OSAVA, Ruth Hitomi; RIESCO, Maria Luiza; TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 59, n. 5, p.699-702, out. 2006.

_____.; D'ANDRETTA, Ana Cristina. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p.96-108, abr. 1997.

PARDAL, Catarina. **E a respiração? Não vamos aprender a respirar?** Parir em paz. 2008. Disponível em: <<http://gravidasemforma.blogspot.com.br/2008/04/e-respirao-no-vamos-aprender-respirar.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

PASSOS, Izabel Christina Friche. Violência e relações de poder. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p.234-241, 2010.

MAGALHÃES, Theresa Calvet de. **Violência e/ou política**. In: PASSOS, Izabel Christina Friche (Org.). Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos especiais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

REZENDE, Jorge de. Conceito, propósitos e súpula histórica. In: _____. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

RIFFEL, Mariene Jaeger. **A ordem da Humanização do Parto na Educação da Vida**. 2005. 238 f. Tese (Doutorado em Educação) - Curso de Enfermagem, Departamento de Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, Luís Antonio Francisco. Violência, Poder e Direitos Humanos. In: _____. **Sociologia da Violência e do Controle Social**. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2008.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.415-427, jul. 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. In: _____. Do problema ao projeto. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

VEIGA-NETO, Alfredo; FISHER, Rosa Maria Bueno. Foucault, um diálogo. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p.7-25, 2004.

YAHOO RESPOSTAS. **Qual a lei que fala sobre silêncio nos hospitais?** Disponível em: <<http://br.answers.yahoo.com/question/index?qid=20080201032750AAeakai>>. Acesso em: 20 maio 2012.

APÊNDICE

ARTIGOS SELECIONADOS NA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE

N ^o	TÍTULO	AUTORES	ANO	DESCRIÇÃO
1	The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition / Duração da manobra de Valsalva durante o período expulsivo do parto: repercussões maternas e nas condições neonatais de nascimento.	Lemos, Andrea; Dean, Elizabeth; Andrade, Armèle Dornelas de.	2011	Objetivo: avaliar os efeitos da MV e sua duração no equilíbrio ácido-básico fetal e nas repercussões maternas durante o período expulsivo do parto, após instrução respiratória padronizada. Resultado: A duração da MV interfere negativamente no bem-estar do neonato.
2	Antonio Maria Valsalva: perfil biográfico de um pioneiro da otologia / Antonio Maria Valsalva: biographical profile of a pioneer of otology	Meirelles, Roberto Campos; Neves-Pinto, Roberto Machado; Potsch, Alfredo Antonio	2008	Apresentação do perfil biográfico do médico Antonio Maria Valsalva e suas descobertas na medicina. Descreveu a Manobra de Valsalva.
3	Valsalva mucho más que una manobra: Antonio Maria Valsalva (1666 - 1723) / Valsalva: much more than a simple maneuver: Antonio Maria Valsalva (1666 - 1723)	Garcia, P, Daniela; Garcia B. Cristián.	2006	Contexto histórico sobre a vida e contribuições de Antonio Maria Valsalva à medicina. Descrição da fisiologia e aplicações da MV.
4	Respuesta del flujo sanguíneo de la piel com diferentes maniobras respiratórias em sujetos sanos / Response of skin blood flow to several respiratory maneuvers in healthy subjects.	López, Shaula Mundo; Estañol, Bruno; Zenteno, José Francisco Téllez; Alvarez, Noel Plascencia; Corona, Marco Vinicio; Infante, Oscar; Ramos, Guillermo García.	2002	Objetivo: padronizar o método de variabilidade do fluxo sanguíneo da pele e da resposta simpático-cutânea em indivíduos saudáveis por quatro manobras respiratórias: respiração espontânea, respiração rítmica(6/min), inspiração profunda repentina e MV. Durante a MV ocorreu uma diminuição do fluxo sanguíneo da pele, que recuperou lentamente com a inspiração profunda repentina, comparando com a recuperação do fluxo depois da MV.
5	Manobra de Valsalva: mecanismos e aplicações clínicas / Valsalva's maneuver: mechanisms and clinical uses	Baruzzi, Antonio Claudio do Amaral; Grinberg, Max; Pileggi, Fúlvio.	1987	Estudo descreve a fisiologia e fisiopatologia da MV e suas principais repercussões na função cardíaca.
6	Hemorragia retiniana de Valsalva / Valsalva's retinian hemorrhage	Balarin, Valdir; Castro Neto, Silvio Magalhães; Jose, Newton Kara; Suga, Marcos.	1990	Apresentação de sete casos de hemorragia retiniana e/ou vítrea ocorrendo em pacientes sem alterações oculares ou sistêmicas consideradas como predisponentes. Em cinco casos a hemorragia foi desencadeada pela MV.

ANEXO
DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA UFRGS

Projeto de Pesquisa

Página 1 de 1

Pesquisador: Mariene Jaeger Riffel

Dados do Projeto de Pesquisa**Projeto Nº:** 22219**Título:** DO ÚTERO AO CORAÇÃO: VALSALVA EM QUESTAO**Área do Conhecimento:** Enfermagem Obstétrica**Início:** 17/12/2011**Previsão de conclusão:** 12/07/2012**Situação:** projeto em andamento**Origem:** Escola de Enfermagem

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil

Projeto da linha de pesquisa Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde

Objetivo: O objetivo pensado para guiar a pesquisa é descrever uma história de como a Manobra de Valsalva é instituída como prática obstétrica de rotina.

Equipe UFRGS**Nome:** Mariene Jaeger Riffel**Participação:** Coordenador**Início:** 17/12/2011**Nome:** Clarissa Werle Ambrosi**Participação:** Pesquisador**Início:** 17/12/2011**Anexos****Projeto Completo****Data de Envio:** 05/01/2012**Avaliações**

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 25/01/2012

Fechar

Estudo exploratório descritivo de natureza documental, qualitativo, tendo como objetivo descrever uma história de como a Manobra de Valsalva é instituída como prática obstétrica de rotina. Título - Sugiro que seja feita uma reflexão sobre o título, baseando-se no objetivo. O título poderia ser bem focado, como por exemplo: O uso da Manobra de Valsalva como prática obstétrica de rotina. Introdução - fundamentação teórica pertinente. Objetivo - adequado. Delineamento - adequado. Cronograma - compatível com as ações propostas para o projeto. Orçamento - adequado.