

A hospitalização do corpo não adoecido: A assistência à mulher no cenário do parto e nascimento

Hospitalization of the non-sick body: Assistance to women in the context of childbirth and birth

Mayra Reygio da Rocha*, Maria Clara de Mello Andrade

Como citar esse artigo. ROCHA, M. R.; ANDRADE, M. C. M. A hospitalização do corpo não adoecido: A assistência à mulher no cenário do parto e nascimento.

Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades, Vassouras, v. 12, n. 3, p. 57-60, set./dez. 2021.

Nota da Editora. Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

Resumo

Esse artigo se estrutura a partir de revisão de literatura e busca organizar através de suas linhas um breve contexto histórico que nos permita entender como o corpo da mulher sofreu, e ainda sofre, desapropriações em detrimento da legitimação do saber médico. Por tal motivo, o parto e nascimento, experiência exclusiva da mulher, tem sido amplamente focado nas agendas e debates sobre políticas de humanização em busca de melhores assistências, do resgate à inteligibilidade do fenômeno como físico, natural e potente e visando o empoderamento feminino. A biomedicina trouxe desde a modernidade inúmeros avanços no que tange as estatísticas de mortalidade materno infantil, alívio de dor e intervenções cada vez mais precoces diante de problemas graves, porém tais progressos não podem ser usados como respaldo para práticas ritualizadas, desrespeitosas e que desconsideram a individualidade dos sujeitos envolvidos.

Palavras-chave: Hospitalização; Parto; Nascimento; Histórico; Humanização.

Abstract

This article is structured from a literature review and seeks to organize through its lines a brief historical context that allows us to understand how the woman's body suffered, and still suffers, expropriations to the detriment of the legitimation of medical knowledge. For this reason, childbirth and birth, the exclusive experience of women, has been largely focused on agendas and debates on humanization policies in search of better assistance, from the rescue to the intelligibility of the phenomenon as physical, natural and potent and aimed at female empowerment. Biomedicine has brought numerous advances since modernity in terms of maternal and infant mortality statistics, pain relief and increasingly early interventions in the face of serious problems, however such progress cannot be used as a support for ritualized, disrespectful and disregarding practices, individuality of the subjects involved.

Keywords: Hospitalization; Childbirth; Birth; History; Humanization.

Introdução

Ao debruçarmo-nos sobre a história da humanidade é possível perceber que o advento da modernidade trouxe consigo esforços por parte da medicina em transformar eventos naturais e fisiológicos em doenças. Esse novo cenário que se estabelece à medida que o capitalismo industrial se fortalece e as inovações tecnológicas surgem, ajudaram a legitimar práticas médicas em situações e contextos anteriormente dominados pelos cuidados da comunidade e assumidos em seu caráter íntimo e familiar.

Em meio as inúmeras transformações, o universo sagrado do feminino passa a ser encarado como

patológico. Eventos comuns como a menstruação, a menopausa, a gestação e, conseqüentemente, o parto, passaram a influenciar entendimentos sociais sobre o ser mulher e, em todos eles, existiria uma marca de descontrole e desequilíbrio a ser reparada. Começa-se a desenhar um novo olhar sobre o comportamento feminino e as intervenções a serem feitas sobre o corpo da mulher (SEIBERT *et al.*, 2005).

Ao analisarmos os modelos de assistência que se autenticaram no decorrer dos séculos, percebemos que estes se fizeram e fazem reflexos das concepções acerca dos papéis sociais, e fica claro que à medida que os estereótipos de gênero se reconfiguravam em termos histórico, de igual maneira à anterior, mantiveram-se as

Afiliação dos autores:

Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.

* Email de correspondência: : mayrareygio@hotmail.com

Recebido em: 09/05/21. Aceito em: 27/09/21.

práticas e entendimentos que oprimiam e limitavam as escolhas das mulheres sobre sua forma de existir.

Nesse aspecto, um elemento chave, segundo Scavone (2001) se destaca: a maternidade, já que seria esta a principal justificativa da modernidade para a dominação de um sexo sobre o outro. Às mulheres caberia a reprodução biológica e consequente exclusão dos espaços públicos.

Diante de tal contexto e assumindo tamanha relevância dos debates em saúde sobre a assistência materno infantil na atualidade, esse artigo assume em suas linhas a responsabilidade de pensar sobre a influência do modelo biomédico no fortalecimento das práticas de opressão das múltiplas formas de expressão do feminino, aqui destacando o cenário hospitalar; e propõe-se a refletir sobre as novas estruturas e concepções sobre o gestar, parir e maternar aos olhos do movimento feminista contemporâneo.

Desenvolvimento

A hegemonia institucional sobre o corpo feminino

Segundo Nagahama e Santiago (2005), através das políticas de saúde e práticas de atenção médica, a hegemonia institucional tem concretizado estratégias de dominação sobre o corpo feminino nos últimos tempos. A relevância e o poder do Estado na história da institucionalização das redes de atenção por meio dos programas de saúde materno infantil tem seu marco nas décadas que vão de 1920 a 1980 e encontraram no controle da sexualidade feminina, tida como via para a reprodução, seu principal objeto de intervenção, criando ideologicamente o entendimento de que assim se chegaria ao controle da saúde da mulher.

Ainda segundo as mesmas autoras, todo o processo de institucionalização revela em si a cristalização de modos de poder que, na então situação, se desempenha através das políticas de saúde (discurso institucional), através do saber médico (ensino e pesquisa) e nas práticas de atenção médica (formas de atuação médica).

Faz-se então necessária uma breve descrição histórica que nos possibilite entender melhor como o modelo assistencial do parto e nascimento vigente na sociedade contemporânea se fortaleceu e legitimou, ditando padrões de práticas e condutas e fortalecendo estereótipos de gênero que, em muitos casos, inferiorizam a mulher.

Assim como nos traz Maia (2010), no Brasil, a saúde sempre carregou em si marcas de um caráter excludente, e não foi diferente no cenário dos partos e nascimentos. A consolidação da obstetrícia como especialidade médica legítima no final do século XIX

trouxe grandes mudanças na produção de cuidado. Logo, a transformação de um evento natural assistido por parteiras em procedimento médico a serem realizados nos hospitais, tornou-se responsável por inúmeras ressignificações sobre o nascer.

Mais do que uma mudança de personagens, instaura-se aí uma mudança de paradigmas; nascer deixa de ser um evento fisiológico, familiar e social e passa a ser um ato médico; funda-se assim o modelo tecnocrático de assistência ao parto no Brasil (MAIA, 2010).

Tal assistência ganha força à medida que o século XX avança trazendo à tona novas demandas e mudanças diante da necessidade de redução da mortalidade materno-infantil.

Apoiando-se na premissa de que seria possível dominar e neutralizar os riscos do parto, a classe médica consegue, definitivamente, institucionalizar o fenômeno da parturição e fortalecer ainda mais o modelo tecnocrático. A tecnologia e a instrumentalização se tornam aliados no discurso médico, fomentando a ideia de que estes tornariam o momento de nascer mais seguro. Entra em cena o fórceps e a posição de decúbito dorsal, ambos para facilitar o trabalho médico (MOREIRA *et al.*, 2006). A transformação se faz evidente e a experiência feminina e familiar se torna institucional (MAIA, 2010).

Segundo Davis-Floyd (2001 *apud* MARTINS, 2006) e Maia (2010), a medicina ocidental iluminista passa a ver o corpo como máquina e o médico, mecânico. Dessa forma, o modelo de produção fabril passa a ser aplicado na assistência a gestante, onde metáforas de tempo e movimento são usadas tanto para o “trabalho” de parto quanto para a organização da assistência.

Davis-Floyd (2000) salienta ainda que neste modelo a hegemonia médica se revela fortemente influenciada pelos parâmetros da lucratividade e intolerância, colocando outras modalidades e profissionais da assistência como “alternativos” e não necessários. O corpo da paciente é tido como simples objeto de intervenção, afirmado apenas em seu aspecto biológico. As práticas se estabelecem de forma padronizada e ritualizada, sem considerar singularidades daquele sujeito. O bebê se transforma em objeto final desse processo, privado do contato de hormônios fundamentais para seu desenvolvimento e adaptação à nova realidade e separado de sua mãe nos primeiros minutos pós nascimento. O parto é visto como o trabalho mecânico e involuntário do útero e todos esses aspectos compõem um evento onde o homem (médico) se faz protagonista.

Essa imagem da mulher útero é fundamental e fundante na concepção da obstetrícia moderna; elimina a mulher como sujeito e impede que os profissionais dessa cena reconheçam com legitimidade as situações ambientais e emocionais que a atravessam, dificultando

ou facilitando o desenvolver de seu trabalho de parto e parto, como o fato de deixá-la sozinha (MAIA, 2010).

Para Maia (2010) com a instauração do modelo tecnocrático, não se perde apenas a unidade do corpo feminino e do processo de parturição; a mãe e o bebê passam a se apresentar como díade conflitante e não mais como unidade integral. Aparatos tecnológicos, fármacos químicos e linha de montagem taylorista se tornam a regra e as “escolhas” da mulher passam a ser um parto vaginal traumático, repleto de intervenções desnecessárias ou uma rápida cesárea.

Política Nacional de Humanização e a construção de um novo olhar

Dados do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), revelam que, após a institucionalização do parto e nascimento, as taxas de cesarianas no sistema público subiram, na década de 1970, para 15%, e na década seguinte para 31%, e em constante crescente nos anos que se seguiram, revelando cada vez mais uma assistência baseada nos moldes de linha de montagem taylorista, hegemônica e amparada por inúmeros aparatos tecnológicos (MAIA, 2010).

Tal transformação não se concretiza sem grandes efeitos sociais. A crença em um corpo incapaz de parir se fortalecia, demandando mais e mais intervenções sobre ele, ignorando assim os efeitos nocivos que os procedimentos ritualizados e padronizados poderiam estar causando sobre essas mulheres, física e emocionalmente.

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. Além disso, a litotomia¹ dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia impedem de participar ativamente do parto, obrigando o médico a realizar a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou corpo, manobra banida dos livros de obstetrícia por ser considerada arriscada, mas ainda largamente utilizada). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia em todos os partos vaginais (DINIZ; DUARTE, 2004 *apud* MAIA, 2010, p. 37).

Segundo Maia (2010) as intervenções, muitas vezes desnecessárias, reproduzidas pelo modelo tecnocrático de assistência ao parto, vigente por décadas no Brasil, e a ritualização de certos procedimentos, produzem em muitos casos o “efeito cascata”, onde as mulheres são submetidas a intervenções “que podem levar a complicações, gerando intervenções subsequentes, e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que

não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado” (DINIZ, 2001, p.9 *apud* MAIA, 2010, p. 37).

Durante a década de 1980, questionamentos extremamente relevantes começam a acontecer, atrelados à uma nova realidade brasileira: a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) conhecida popularmente como Constituição Cidadã de 1988 e, posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990). A preservação da autonomia na defesa pela integridade física e moral, igualdade de assistência, livre de preconceitos, discriminação ou privilégios e o direito à informação, passam a ser legalmente um compromisso do Estado para com a população.

Da promulgação da Constituição em diante, a temática da humanização passa a ser pauta frequente nas discussões em saúde, focando a princípio os modos de assistência hospitalar, o que resultou no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 1999.

Nas palavras do então Ministro da Saúde, José Serra, comendo o texto inaugural da PNHAH:

[...] as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo em uma área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2001, p. 05)

Segundo Martins (2010), a PNHAH, juntamente com a experiência positiva trazida pelo Método Mãe Canguru, que inseria a família nos cuidados intensivos ao recém nascido, incentivando o aleitamento materno e o contato pele a pele entre mãe e bebê; e a 11ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2000, com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social” corroboram para inauguração de uma nova modalidade de assistência ao parto e nascimento, trazendo para a linha de frente o protagonismo feminino através do modelo humanizado de assistência.

Em sua essência, humanizar o parto e o nascimento é um movimento contracultural de resgate da humanidade e da individualidade da mulher e se lança contra o ideário de corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade com organização baseada nas linhas de montagem (WAGNER, 2001 *apud* MAIA, 2010). Envolve conhecimentos, práticas e atitudes que promovam partos saudáveis, com direito garantido à privacidade, autonomia e protagonismo feminino, mas sem deixar de oferecer procedimentos comprovadamente benéficos e sem intervenções desnecessárias. “O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia” (MAIA, 2010, p.42)

Em suma, em termos de assistência, Maia

(2010) conclui que o modelo humanístico pretende o retorno do parto ao status de evento fisiológico e afetivo, preconizando para a mulher o direito à escolha de um acompanhante no pré parto, parto e puerpério, liberdade de movimentação, métodos não farmacológicos de alívio de dor, privacidade e a presença de profissionais capacitados em seu acompanhamento, escolha de posição para parir, ser a primeira a pegar seu filho (se assim desejar) e que seu medo e dor sejam legitimados e respeitados dentro de todo o processo. De forma ainda mais veemente, humanizar significa oportunizar à mulher uma experiência de prazer e gozo feminino².

Conclusão

Ao longo desse artigo, buscou-se narrar como o processo de medicalização e institucionalização do parto contribuiu, entre outros aspectos, para a objetificação do corpo feminino no cenário obstétrico tornando a mulher coadjuvante em um dos momentos mais potentes de sua vida, a chegada de um filho.

Compactuando com a visão de Tornquist (2004 *apud* MAIA, 2010) de que cultura e linguagem estão diretamente envolvidas com as dimensões biológicas e simbólicas da vida humana, é falacioso pensar um fenômeno como o da parturição apenas através da sua dimensão orgânica, dado que este é, ao mesmo tempo, um evento biológico, cultural, individual e extremamente político.

A história nos mostrou que ao desenhar sua trajetória no cenário hospitalar, a obstetrícia moderna construiu sua força através de rituais e padronizações que levaram, em muitos casos, à depreciação de todo o potencial da mulher em reger escolhas sobre seu parto, impactando muitas vezes, inclusive, no vínculo a ser estabelecido entre mãe e bebê.

Não é de nosso interesse negar os inúmeros progressos que a entrada do médico no cenário dos partos trouxe, assim como os avanços tecnológicos e a redução da mortalidade materno infantil. Mas cabe-nos encerrar tal artigo com mais um convite a reflexão de como práticas padronizadas aplicadas sobre indivíduos que não seguem um padrão linear, pois carregam histórias múltiplas, podem reverberar em condutas desrespeitosas, violentas e produtoras de marcas físicas e emocionais em um momento que deveria ser de acolhimento e alegria.

Notas

1. Quando o corpo está deitado com a face voltada para cima, com flexão de 90° de quadril e joelho, expondo o perineo.

2. O obstetra e professor universitário Paulo Batistuta elaborou uma exposição de fotos intitulada “Parto: uma dimensão do gozo feminino”, de partos realizados na lógica do modelo humanístico, que pode ser conferida

no endereço eletrônico www.paulobatistuta.com.br/. Ainda sobre o tema, há o site *Orgasmic Birth*, disponível em www.orgasmicbirth.com.

Referências

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8080/1990**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.
- BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- DAVIS-FLOYD, R. Os modelos assistenciais tecnocrático, humanizado e holístico. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. International Conference on Humanization of Childbirth, Fortaleza, Brasil, p. 5-23, 2000.
- MAIA, M. B. **Humanização do Parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.
- MARTIN, E. A **Mulher no Corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- MARTINS, C. P. **Possibilidades, limites e desafios da humanização no SUS**. Dissertação. Assis: Universidade Estadual Paulista, 2010.
- MOREIRA, K.A.P.; ARAÚJO, M.A.M.; QUEIROZ, M.V.O.; JORGE, M.S.B.; FREITAS, C.H.A. A humanização no parto: um estudo bibliográfico. **Online Braz J Nurs** [serial on the Internet], v. 5, n. 3, 12 p., December 2006.
- NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. B, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.
- SCAVONE L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001.
- SEIBERT, S.L. BARBOSA, J.L.S. SANTOS, J.M. VARGENS, O.M.C. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. Enfermagem, UERJ**, v. 13, p. 245-251, 2005.