



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

EDITORIAL

Célia Regina Maganha e Melo. Enfermeira, Mestra, Doutora e Professora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades – Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: celiamelo@usp.br

Childbirth: innovation or regression?

The woman was enrolled in the history of motherhood since the first human being appeared on earth. Her trajectory shows the permanent conquest of a female human who faced all the difficulties of her existence, without losing the ability to intensively live a moment in which she participates with her whole being: conceive and give birth. These events that covered her territory, women orally transmitted their knowledge preparing their bodies to be fertilized, under the protection of a period in which pregnancy and childbirth were a natural rule. Thus, pregnancy and childbirth always led to a ritual, combining the present and the past into a category basically for women, regardless of the social class they belong.

In Brazil, labor has long been an exclusively female experience, in the hands of midwives throughout the XIX century until the mid-XX century. However, these midwives were dismissed as key agents of delivery care when Obstetrics became popular for the aspiring medical practitioners: they had to get medical practice as doctors or midwives would be acting under the authority of a doctor, which placed them in a secondary place and relegated the female community out of the events that marked birth. In Western culture, labor used to be described as a physiological suffering, leaving an inevitable sexual deformity for women and for the child a pathogenic process of crushing the head by the maternal pelvis. The solution was to hospitalize, sedate, immobilize and alienate woman of her experience in giving birth, leaving the doctor "to perform" the labor, removing the child through some procedures as episiotomy, forceps and cesarean section. After the Second World War, the hospital became a predominant place for delivery and this change has created conditions for the inclusion of surgical routines and specially for

medical training. At this moment, it is observed the fragmentation of a supporting network, which has been built through centuries of delivery care given by relatives, neighbors or friends, recognized by the experience and competence. Women were removed from their homes, separated from their family members, their social context and placed into maternity hospitals. They were imposed to accept a series of rules and regulations adopted on behalf of their security, safety of the unborn child and of their personal medical care. Women became an institutional property, imprisoned by procedures that deeply devalued maternal sensitivity.

In the 60s, the feminist movement brought up for consideration the women's unhappiness regarding issues related to reproduction and sexuality, giving more emphasis towards inadequate assistance to labor. The medical model on the women's body suppressed and ignored the sexual and social dimensions of childbirth, treating it as pathological and dangerous, emphasizing the women's loss of autonomy, due to the inhuman nature of the used technology.

From the 80's on, the proliferation of tests and other technological interventions make women's life increasingly vulnerable, building new myths that vaginal delivery would always be potentially risky and dangerous. Pregnancy and childbirth, once seen as events that occurred only among women in a restricted familiar and commonly humanized environment, were turning into a more public, institutionalized scenario, with many rules and few exceptions, less humanized on behalf of the new technologies that promised to ensure better maternal and perinatal outcomes.

Surgical practice in Obstetrics put the women's action into a secondary plan. They have begun to be treated as spectators, in the name of a safe and scientific assistance, which was divided into two areas: vaginal

delivery or cesarean birth. To legitimize these actions, the vaginal delivery was seen as bringing irreversible sexual sequelae to the female body, bringing up the myth of genital injury due to childbirth, which has been perpetuated up to this moment. This representation, also for Obstetrics and for women, wants to introduce the belief that cesarean section offers no such risk despite plenty scientific evidence to the contrary.

Considering that the female body is physiologically exposed to the risk of obstetric complications, successive preventive interferences, as routine, with technical interventions were performed, increasing risks for women and dehumanizing the care offered. The relationship mother and fetus is seen as a dyad in conflict rather than an integrated unit. As women were placed into a more interventionist and technicist service-centric model, the women started to realize that the act of giving birth had become a difficult moment, because when they came into the hospital settings, they are subject to routines and interventions not reflecting the humanized model of delivery desired by them.

Separation from family, pain hardly understood, hospital interventions and sex sequelae were over time building the myths that birth could no longer be so natural and under the representation of the life safety, labor has over time become an act-centered in interventions with women's adherence to this new system.

The obstetric care organization has changed its practices regarding assistance to labor, making it more favorable for institutions, involved professionals and for mothers and their families. It's worth emphasize that the use of technology was and it will always be needed, if judiciously used as a scientific resource, to grant the quality of health care, providing greater safety for mother and fetus. However, it is necessary to understand that myths begin with a historical event that, assuming its own characteristics, can be a way to drive people to the reality, as it expresses the belief and legitimates ritual of rules for guidance of the human being. The impact of technicist assistance is performed in the construction of new myths related to women and childbirth. As an instrument of social control it has assumed a less humanistic and new technical dimension, adopting a model that has been widely discussed in scientific or social instance.

The primitive myths that permeated birth have been lost over time, since women were separated from her family context. Hospitalization, medicalization and

technology have created a new myth: the technological birth whether vaginal delivery or cesarean section.

Parto: inovação ou retrocesso?

A mulher se inscreveu na história da maternidade desde o dia em que o primeiro ser humano surgiu na face da terra. Sua trajetória mostra a conquista indelével de uma criatura que enfrentou todos os percalços de sua existência, sem perder a capacidade de viver em profundidade um momento do qual participa com todo o seu ser: conceber e dar à luz. Nesses acontecimentos que recobriam seu território, as mulheres transmitiam verbalmente seus conhecimentos preparando seus corpos para serem fecundados, sob a proteção de um período em que a gestação e o parto eram a regra natural. Sendo assim, a gestação e parto sempre levaram a um ritual que une o presente e o passado numa categoria de fenômenos essencialmente femininos, que independem do extrato social ao quais as mulheres pertencem.

No Brasil, o parto foi por muito tempo uma vivência exclusivamente feminina, permanecendo nas mãos das parteiras por todo século XIX até meados do século XX. Porém, elas foram destituídas como agentes centrais da assistência ao parto quando a Obstetrícia tornou-se popular para os aspirantes a médicos: elas teriam que conseguir prática como médicas ou seriam parteiras trabalhando sob autoridade do médico, o que as colocou em segundo plano e marginalizou a comunidade feminina dos acontecimentos que marcavam o nascimento. Na cultura ocidental, o parto definia-se como uma tortura fisiológica que deixava um inescapável aleijão sexual para a mulher e, para a criança, significava um processo de esmagamento patogênico de sua cabeça pela pelve materna. A solução encontrada foi hospitalizar, sedar, imobilizar e alienar a mulher de sua experiência em dar à luz, deixando que o médico “fizesse” o parto, retirando a criança por meio de recursos como a episiotomia, o fórcepe e a cesárea.

Após a Segunda Guerra Mundial, o parto hospitalar passou a predominar e essa mudança criou condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas, transformando-o num momento privilegiado para o treinamento médico. Inicia-se, então, a fragmentação da rede de solidariedade, tecida através de séculos de assistência ao parto por parentes, vizinhas ou amigas, reconhecidas pela experiência e competência. As mulheres foram retiradas de suas casas, separadas dos

demais membros da família, do seu contexto social e colocadas em maternidades. Viram-se obrigadas a aceitar uma série de regras e regulamentos adotados em nome da sua segurança, da segurança do nascituro e do próprio atendimento médico. Tornaram-se uma propriedade institucional, aprisionadas por procedimentos que desvalorizaram profundamente a sensibilidade materna.

Na década de 60, o feminismo trazia nas suas discussões a insatisfação das mulheres quanto às questões relacionadas à reprodução e sexualidade, apresentando fortes críticas à assistência ao parto. Partiam do princípio que a concepção do modelo médico sobre o corpo feminino suprimia e ignorava as dimensões sexuais e sociais do parto, tratando-o como patológico e arriscado, destacando-se a perda da autonomia das mulheres, em consequência do caráter desumano da tecnologia utilizada.

A partir da década de 80, a proliferação de exames e outras tecnologias de intervenções tornaram as mulheres cada vez mais vulneráveis, construindo-se novos mitos de que o parto vaginal seria sempre potencialmente arriscado e perigoso. A gestação e parto, antes vistos como eventos que ocorriam somente entre mulheres, em ambiente restrito, familiar e amplamente humanizado, foi se transformando em um cenário mais público, institucionalizado, com muitas regras e poucas exceções, tornando-se menos humanizado, em nome de novas tecnologias que prometiam assegurar melhores resultados maternos e perinatais.

A prática cirúrgica na Obstetrícia colocou a atuação da mulher em segundo plano. Elas passaram a ser tratadas como espectadoras, em nome de uma assistência segura e científica, que se desdobrou em duas vertentes: parto vaginal ou parto cirúrgico. Para legitimar essas ações, construiu-se a imagem de que o parto vaginal trazia sequelas sexuais irreversíveis ao corpo feminino, surgindo o mito da lesão genital decorrente do parto, que tem se perpetuado até os dias de hoje. Essa representação, tanto para a Obstetrícia como para as mulheres, quer incutir o pensamento de que o parto operatório não oferece tal risco apesar das evidências científicas mostrarem-se contrárias.

Nessa visão de que o corpo feminino é fisiologicamente sujeito ao risco das complicações obstétricas, iniciaram-se sucessivas interferências preventivas de rotina, com intervenções técnicas, aumentando-se os riscos para as mulheres e desumanizando a assistência oferecida. Mãe e feto vistos como uma diáde em conflito ao

invés de uma unidade integrada. À medida que foram sendo entregues a uma assistência centrada em modelo mais intervencionista e tecnicista, as mulheres foram se apercebendo que o ato de dar à luz tinha se tornado um momento de dificuldade, pois ao adentraram nos cenários hospitalares, ficaram sujeitas a rotinas e intervenções que não refletiam o modelo humanizado de parto desejado por elas.

O afastamento da família, as dores pouco compreendidas, as intervenções hospitalares e as sequelas sexuais, foram ao longo do tempo construindo os mitos de que o nascimento já não poderia ser tão natural assim e, sob a representação da segurança da vida, o parto tornou-se ao longo do tempo um ato centrado em intervenções, com adesão das mulheres a esse novo sistema.

A organização da assistência obstétrica mudou as práticas da assistência ao parto, tornando-o um momento de conveniências para as instituições, para os profissionais envolvidos e de certa forma para as parturientes e suas famílias. Cabe afirmar que o uso da tecnologia foi e sempre será necessário, quando utilizada criteriosamente como recurso científico, a fim de garantir a qualidade do cuidado, oferecendo maior segurança para mãe e o concepto. É necessário, porém, que se compreenda que os mitos começam com um evento histórico que, assumindo características próprias, pode ser também um modo de orientar as pessoas para a realidade, pois expressa a crença e legítima o ritual de regras para orientação do ser humano. As repercussões de uma assistência tecnicista se fazem na construção de novos mitos em relação às mulheres e ao parto. Como instrumento de controle social vem tomando dimensões menos humanísticas e mais tecnicistas, tendo absorvido um modelo que hoje se rediscute em todas as instâncias, sejam elas científicas ou sociais.

Os mitos primitivos que permeavam o nascimento foram se perdendo ao longo do tempo, em consequência do afastamento das mulheres do seu contexto familiar. A hospitalização, a medicalização e a tecnologia criaram um novo mito: o parto tecnológico seja ele o parto vaginal ou o parto cesárea.

¿Parto: innovación o retroceso?

La mujer se ha inscrito en la historia de la maternidad desde el día en que el ser humano surgió en la tierra. Su trayectoria muestra la conquista indisoluble de una criatura que ha enfrentado a todos los problemas de su existencia, sin perder la capacidad de vivir en

profundidad un momento del cual participa con todo su ser: concebir y dar a luz. En estos eventos que le cubrían su territorio, las mujeres transmitían sus conocimientos verbalmente preparando sus órganos para ser fecundado, bajo la protección de un período en que el embarazo y el parto eran la regla natural. Por lo tanto, embarazo y parto siempre llevaron a un ritual que une pasado y presente en una categoría de fenómenos esencialmente femeninos, independientes de los estratos sociales a los cuales las mujeres pertenecen.

En Brasil, el parto ha sido por mucho tiempo una experiencia exclusivamente femenina, estando en las manos de parteras en todo el siglo XIX hasta mediados del siglo XX. Pero, ellas fueron despojadas como agentes clave de la atención al parto cuando la Obstetricia se tornó popular para los aspirantes a doctores: ellas tenían que conseguir la práctica como médicas o serían parteras trabajando bajo la autoridad del médico, lo que las pone en el segundo plano, marginalizando así la comunidad femenina de los acontecimientos que marcaban el nacimiento. En la cultura occidental, el parto se definía como una tortura fisiológica que dejaba una inevitable deformidad sexual para la mujer y, para el niño, significaba un proceso de aplastamiento patológico de la cabeza por la pelvis materna. La solución encontrada fue hospitalizar, sedar, inmovilizar y apartar la mujer de su experiencia en dar a luz, dejando que el médico "hiciese" el parto, retirando el niño a través de procedimientos tales como episiotomía, los fórceps y cesárea.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el parto en el hospital pasó a predominar y este cambio ha creado condiciones para la inclusión de rutinas quirúrgicas, transformándolo en un momento privilegiado para el entrenamiento médico. Comienza, entonces la fragmentación de la red de solidaridad, tejida a través de siglos de atención al parto por familiares, vecinos o amigos, reconocidos por la experiencia y la competencia. Las mujeres fueron evacuadas de sus casas, separadas de los miembros de la familia, de su contexto social y las pusieron en las maternidades. Fueron obligadas a aceptar una serie de normas y reglamentos adoptados en nombre de su seguridad, la seguridad del niño y del propio cuidado médico. Se convirtieron en una propiedad institucional, encarceladas por los procedimientos que profundamente devaluaban a su sensibilidad materna.

En los años 60, el feminismo trajo en sus discusiones la insatisfacción de las mujeres en las cuestiones relacionadas con la reproducción y la sexualidad, con fuertes

críticas con el cuidado al parto. Partían del principio que la concepción del modelo médico del cuerpo femenino suprimía e ignoraba las dimensiones sexuales y sociales del parto, tratándolos como patológicos y peligrosos, especialmente la pérdida de autonomía de las mujeres, debido a la naturaleza inhumana de la tecnología utilizada.

Desde los años 80, la proliferación de exámenes y otras intervenciones tecnológicas han hecho con que las mujeres se quedaran cada vez más vulnerables, construyendo nuevos mitos de que el parto vaginal siempre sería potencialmente riesgoso y peligroso. El embarazo y el parto, antes vistos como eventos ocurriendo sólo entre las mujeres, en un ambiente restricto, familiar y ampliamente humanizado, se estaba convirtiendo en un escenario más público, institucionalizado, con muchas reglas y pocas excepciones, menos humanizado, en nombre de las nuevas tecnologías que prometían garantizar mejores resultados maternos y perinatales.

La práctica quirúrgica en Obstetricia coloca el papel de la mujer en el fondo. Comenzaron a ser tratadas como espectadoras, en nombre de una asistencia segura y científica, que se desdobló en dos áreas: el parto vaginal o cesáreo. Para legitimar estas acciones, construyose la imagen de que el parto vaginal traía secuelas sexuales al cuerpo femenino, convirtiéndose en el mito de la lesión genital debido al parto, lo que se ha perpetuado hasta nuestros días. Esta representación, tanto para la Obstetricia, como para las mujeres, quiere inculcar la idea de que el parto operatorio no ofrece tal riesgo, a pesar de las evidencias científicas que demuestren lo contrario.

Bajo el punto de vista de que el cuerpo de la mujer es fisiológicamente expuesto al riesgo de complicaciones obstétricas, se iniciaron sucesivas interferencias de prevención de rutina, con intervenciones técnicas, aumentándose los riesgos para las mujeres y deshumanizando la atención brindada. La madre y el feto son vistos como una diada de conflicto en lugar de una unidad integrada. A medida que fueron siendo entregues a una asistencia centrada en un modelo más intervencionista y tecnicista, las mujeres fueron dando cuenta de que el acto de dar a luz se había convertido en un momento difícil, porque cuando entran en el medio hospitalario, están sujetas a las rutinas y las intervenciones que no reflejaban el modelo humanizado del parto deseado por ellas.

La separación de la familia, el dolor poco comprendido, las intervenciones hospitalarias y las secuelas sexuales, fueron con el tiempo construyendo los mitos de que el nacimiento

ya no podría ser tan natural y así, bajo la representación de la protección de la vida, el parto se ha tornado con el tiempo un acto centrado en las intervenciones con la adhesión de las mujeres a este nuevo sistema.

La organización de la atención obstétrica ha cambiado la práctica de la asistencia en el parto, tornándolo en un momento de conveniencias para las instituciones, para los profesionales implicados de alguna manera y a las madres y sus familias. Cabe afirmar que el uso de la tecnología ha sido y siempre será, si se utiliza juiciosamente como recurso científico, para garantizar la calidad de la atención, brindando mayor seguridad para la madre y el feto. No obstante, es necesario comprender que los mitos comienzan con un hecho histórico que, asumiendo sus propias características, puede ser también un medio de guiar la gente a la realidad, una vez que expresa la creencia y legitima el ritual de reglas para la orientación del ser humano. Las repercusiones de una asistencia tecnicista se hacen en la construcción de nuevos mitos sobre la mujer y el parto. Como instrumento de control social ha ido adquiriendo dimensiones menos humanísticas y más tecnicista, habiendo absorbido un modelo que hoy se discute en todas las instancias, sean ellas científicas o sociales.

Los mitos primitivos que impregnaban el nacimiento se están perdiendo con el tiempo, debido a la separación de las mujeres de su contexto familiar. La hospitalización, la medicalización y la tecnología han creado un nuevo mito: el parto tecnológico, o sea, el parto vaginal o una cesárea.

Address for correspondence

Célia Regina Maganha e Melo
Escola de Artes, Ciências e Humanidades –
Universidade de São Paulo
Av. Arlindo Béttio, 1000 - Ermelino Matarazzo
CEP: 03828-000 – São Paulo (SP), Brasil