

O Processo de Medicalização do Corpo Feminino: O Parto Humanizado

*Gabriela Cristina Melo Lopes, Gabrielly de Arruda Rosa, Ketyllen Cristina Dos Santos
Silva, Larissa Carvalho de Oliveira, Rafaela Ingridy de Arruda e Stéfany de Alencar
Coutinho da Silva*

Acadêmicas do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande
(UNIVAG).

Renata Vilela Rodrigues

Doutoranda e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em estudos de Cultura Contemporânea, pela Universidade Federal de Mato Grosso (ECCO/UFMT). Graduada em Psicologia pela UFMT. Professora do curso de Psicologia pelo UNIVAG.

Resumo

O tema a ser abordado neste ensaio teórico é o processo de medicalização do corpo feminino, objetiva apontar pistas de como a Psicologia pode auxiliar no processo de compreensão da medicalização do corpo feminino no período gestacional, bem como identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para o processo de medicalização do corpo feminino. Para isso, iremos descrever os principais métodos teórico-práticos da psicologia, aplicado para a promoção do processo de medicalização do corpo feminino de longa e curta duração no período gestacional, analisando o papel do psicólogo junto às mulheres no processo de medicalização do corpo feminino, após as mudanças de seu corpo. Tendo como crítica central a falta do processo de humanização nos partos. Concluimos que este ensaio visa informar e auxiliar as pessoas, a respeito do uso dos medicamentos, assim como seus direitos de terem um atendimento humanizado, dentro de qualquer instituição de saúde.

Palavras-chaves: Medicalização. Psicologia. Parto. Humanização.

Introdução

O presente ensaio teórico reflete criticamente sobre os processos de medicalização do corpo feminino no período gestacional tendo como problemática a seguinte questão: como a Psicologia pode auxiliar gestantes que utilizam medicamentos durante e após a gestação? Objetivando compreender como a psicologia contribui na compreensão da medicalização do corpo feminino no período gestacional, bem como identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para o processo de medicalização do corpo feminino no período gestacional. Para isso, iremos descrever os principais métodos

teórico-práticos da psicologia aplicados para a promoção do processo de medicalização do corpo feminino de longa e curta duração no período gestacional, analisando o papel do psicólogo junto às mulheres no processo de medicalização do corpo feminino, após as mudanças de seu corpo.

O parto é um processo de naturalidade vindo da mulher, é de grande importância o saber da mulher sobre sua capacidade de gerar um bebê. Encarrega-se que a parturiente representa o papel principal e que é importante que ela esteja preparada física e emocionalmente. Esse processo natural vivenciado é de autonomia e espontaneidade das mulheres, para que consiga ter uma maior dimensão do corpo e do parto (AYRES, HENRIQUES, AMORIM, 2018).

Ao decorrer dos anos o conceito de medicalização foi se diversificando, em razão dos distintos autores que debateram a respeito desta questão. No Brasil, a partir dos trabalhos de Foucault que o tema passou a ser debatido de forma crítica. Somente nos anos 60 e 70 que essa temática se tornou relevante nos debates, em função das elaborações dos teóricos acerca deste contexto (CARVALHO, et al, 2015). Segundo Carvalho et al, (2015, p. 1254), a “crítica hegemônica, a medicalização interfere e interdita a ação independente e racional dos seres humanos sobre sua própria produção de saúde”. Freire, Bonan e Nakano (2012), mostram que medicalização se relaciona ao poder médico exercido ali a falta de autonomia que se perde, perante aquela utilidade. Os autores explicam, ainda, que as transformações das práticas reprodutivas, com incorporação dos novos regimes médicos e tecnológicos, envolveram a internalização, por parte das mulheres, do desejo e da obrigação de ser saudável durante a gestação e de gerar filhos saudáveis, característicos de um regime biopolítico de gestão dos corpos e da vida.

A biopolítica é o nome dado por Foucault para a mudança feita do poder sob a vida. Na espécie humana em que vivemos, a biopolítica é voltada para o mecanismo biológico a qual se instaurou a partir da metade do século XIII, onde os “processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de produção, a fecundidade de uma população, etc”. Todavia, se constituem como os primeiros objetos do saber de controle da população por meio de estimativas estatísticas. Nesse momento, surge uma medicina que tem como objetivo a higiene pública por meio da medicalização da população e campanhas de aprendizado (FOUCAULT, 2005, p. 289-290).

A biopolítica tem como representação “uma grande medicina social”, aplicando-se na população com intuito de controlar a vida: a vida faz parte do grupo do poder. Se compara com modelos tradicionais de poder fundamentando-se na ameaça de morte. O

pensamento medicalizado aplica meios de correção, não se pode considerar como punições e sim grandes transformações de indivíduos, e todo e qualquer método de comportamento do ser humano pode dizer que está ligada a eles. Possibilita aplicar a população uma diferenciação entre o normal e o patológico e determinar um sistema de normalização das existências dos comportamentos, dos afetos e dos trabalhos. Segundo Foucault, foi pelas disciplinas, por meio da normalização da medicalização social, a emergência de uma porção de biopoderes e o surgimento de tecnologias do comportamento que formara, uma configuração do poder que até este momento ainda é a nossa (LEMOS, 2012).

Neste regime biopolítico, o “processo de medicalização refere-se a uma intervenção médica, muitas vezes, autoritária. Entretanto, não mais relacionada apenas ao nível da política, mas a todo e qualquer aspecto da vida humana” (ZORZANELLI, CRUZ, 2018, p. 724). A medicalização no corpo feminino foi evoluindo e nos dias atuais há diversos medicamentos que são em prol da saúde das mulheres. A discussão acerca do processo de medicalização na gestação é de suma importância no âmbito social, visto que, nos esclarece sobre os riscos e benefícios diante desse processo, possibilitando indagações às mães, quanto a essa temática.

O processo de medicalização na gestação é marcado por anos de práticas, porém, a psicologia neste âmbito é pouco reconhecida, por isso a relevância deste tema, pois se houvesse uma maior aclamação das dificuldades do período gestacional e pós-gestação as mulheres poderiam desfrutar deste momento com maior destreza. Uma vez que, a gestação pode gerar sentimentos como, ansiedade, e a falta do cuidado com a saúde mental neste período pode acarretar também na intervenção cirúrgica, podendo afetar o paciente se este sentimento não for expresso e conscientizado.

No Brasil, o processo de medicalização do corpo feminino vem se modificando com a tecnologia, os avanços obtidos fazem diferença para as doenças que existem atualmente. Mas, se tratando de gestação e do uso indevido desses remédios é importante que essas mulheres tenham um cuidado redobrado, pois existe uma porcentagem de 64,9% de automedicação de mulheres gestantes, e isso muitas vezes ocorre antes mesmo de começarem o pré-natal, o que é algo preocupante e perigoso de se fazer, pois como elas não sabem os efeitos desses remédios podem acabar prejudicando seus bebês sem ao menos saber (COELHO, SANTOS, 2017). O uso de medicamentos tornou-se frequente na sociedade contemporânea, principalmente em mulheres devido ao uso frequente de contraceptivos, as gestantes em relação ao parto indolor e com o aumento da aplicação da

cesariana ou em casos nos quais é indispensável essa ação, pois está relacionado com a saúde e o bem-estar da gestante e do bebê.

Medicalização do parto

A medicalização da assistência ao parto e ao nascimento tem início no século XVII nos países europeus, consolidando-se no século XX após haver passado por diversos contextos complexos, como o período pós Segunda Guerra Mundial e a própria profissionalização da ciência e da medicina. No final do século XIX, o parto hospitalar começou a se fortalecer como prática dominante em decorrência maternidades e hospitais para mulheres começaram a ser criados (PALHARINI, FIGUEIROA, 2018).

No Brasil, a obstetrícia do século XIX era inteiramente praticada por mulheres chamadas de parteiras, comadres ou pelas aparadeiras como eram conhecidas popularmente, as mulheres gestantes ou que estavam prestes a ganhar seus bebês, confiavam inteiramente nestas parteiras, pois as mesmas faziam muitas outras coisas fora fazer o parto, ajudavam na gestação, no puerpério, assim como no cuidado com o recém-nascido. A medicina entra neste contexto a partir de atribuições que intitulou a arte obstétrica e denomino de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados (BRENES, 1991).

As duas primeiras faculdades de medicina foram iniciadas em decorrência da chegada da corte Portuguesa em 1808, a primeira sendo instalada na Bahia e a segunda no Rio de Janeiro logo após a mudança de D. João VI. O curso tinha uma duração de apenas quatro anos e poucas matérias, como cirurgia, anatomia e arte obstétrica. Para se inscrever bastava saber ler e escrever e depois dos quatro anos os alunos tiravam uma certidão de que estavam prontos para fazer o exame final e assim exercer a profissão de médicos, algumas mudanças foram acrescentadas ao longo dos anos, destaca-se o aumento do tempo do curso para seis anos e a reforma curricular no curso (BRENES, 1991).

Entretanto, mesmo havendo a reforma no ensino teórico, a prática continuava tendo problemas para ser ensinada e exercida, principalmente a parte obstétrica, isso porque não havia uma enfermagem e serviço clínico para as mulheres gestantes, sendo assim o ensino era falho e muitas vezes deixado de lado nesse quesito, pois a prática não existia. E ainda existia nessa época uma forte crítica e desprezo e impedimento por parte das irmãs de caridade sobre o ensino e realização do parto na Santa Casa, pois as mesmas consideravam o parto uma falta de pudor (BRENES, 1991).

Deste modo, muito tempo se passou e ainda assim existia a precariedade do ensino nessa parte da obstetrícia, e com muita luta, muitas cartas enviadas para várias pessoas e lugares pedindo certa ajuda para organizar as enfermarias e clínica obstétrica foi feita então uma nova reforma em 1879 e terminou em 1894, implementando a cadeira de clínica obstétrica e ginecologia nos cursos de medicina, mas ainda assim os problemas continuavam, não se tinha uma boa estrutura para fazer o ensino prático, permanecendo os alunos com um ensino precário e insuficiente. As mulheres gestantes tinham certo receio em procurar os serviços das clínicas obstétricas, devido o mal funcionamento e precariedade, um número muito pequeno procurava os serviços, era quase inexistente ter gestantes para fazer atendimento o que também dificultava o ensino prático. Mesmo tendo todo esse mau funcionamento, essa enfermaria durou 18 anos, e “somente com a mudança do Hospital da Santa Casa da Misericórdia para as instalações no bairro de Nazaré é que houve melhoras” (BRENES, 1991, p. 143).

Após a mudança, foi instaurada a ideia de se criar maternidades anexas, a faculdade para fazer os atendimentos, essa ideia vinha desde a Lei de 28 de Abril de 1854. Depois de 40 anos, que teve início a construção das maternidades, devido as grandes batalhas e lutas dos médicos (BRENES, 1991). Se, por um lado, podemos visualizar benéfico em um certo ponto das nossas vidas e atualidade; por outro, toda essa trajetória de lutas construiu um lugar onde seria possível estudar o corpo feminino e pudessem trazer as mulheres para a clínica, é observável que esses dois pontos tornam dispositivos de medicalização do parto.

Sabendo da história das mulheres de um passado opressor, no qual essas nasciam para se casar, serem esposas, mães e donas de casa até o fim de suas vidas, assim como eram conhecidas, o sexo frágil, delicadas, provedoras de um instituto maternal que só as mulheres tinham e nasceram com ele, fazendo-as por muito tempo serem oprimidas e caladas por uma sociedade machista e calculista, e não se esquecendo dos abusos e moléstias que muitas sofreram e sofrem. Deste modo, os médicos e homens em um contexto geral eram e ainda são os detentores do saber e da medicina sendo os únicos que poderiam informar as mulheres e as gestantes a respeito de assuntos relacionados ao seu próprio corpo, trazendo afirmações genéricas e explorando aspectos psicológicos das mesmas (BRENES, 1991).

Importante ressaltar que, foram feitas inúmeras técnicas para atrair esse público feminino, para ir até as clínicas e maternidades e mesmo as mulheres atendendo os chamados dos médicos, indo até eles, para elas não era necessário continuar o tratamento,

então elas acabavam deixando de frequentar o que afetava diretamente o “estudo e prática dos médicos”, não se satisfazendo e concordando com a atitude das mesmas, estes profissionais recorriam ao próprio governo (BRENES, 1991).

Mas, tendo em vista a necessidade da presença das mulheres na clínica, especialmente na maternidade, pois para médicos e estudantes este seria o único meio de adquirir a prática na difícil arte de partos (Fonseca, 1933), os médicos tentaram em decorrência de não correspondência das mulheres aos seus apelos, conseguir o apoio do governo no que concerne aos processos de internação, controle e cadastramento nas clínicas existentes (BRENES, 1991, p. 146-147).

Conforme apontam Silva et al. (2018), haviam discussões entre os obstetras acerca de uma roteirização da assistência ao parto, incluindo intervenções e práticas obstétricas que as quais eram realizadas frequentemente, que possibilitou o princípio do processo de medicalização do parto no Brasil. Na qual alegavam possuir um dever médico na qual tinha por intuito diminuir o tempo e as dores do parto e não deixar que a natureza pudesse agir sozinha.

A medicalização do parto pode ser compreendida como qualquer intervenção no trabalho de parto e parto, uma vez que esse é considerado um evento fisiológico que, majoritariamente, pode ocorrer de forma natural e espontânea, o que torna necessária uma justificativa plausível para qualquer intervenção (MONTESCHIO et al, 2016, p.1).

A medicalização no corpo da mulher grávida, do parto e do nascimento tem se direcionado como um processo de crescimento no Brasil. De forma bem clara é um processo de grande ampliação nos índices de cesariana, e que são vistas como “naturais” tanto entre os profissionais de saúde quanto entre a população. O sistema de medicalização não está restringido apenas ao momento e ao tipo de parto, mas também aos programas de pré-natal, por exemplo, o alto número de uso de exames de imagem pré-natal. A medicalização do nascimento no país, nas últimas três décadas, tem sido acompanhada pela persistente alta prevalência de nascimentos prematuros e de mortes maternas e de neonatos (GOMES, et al, 2018).

O alto índice de cesarianas no Brasil alavancou o processo de medicalização do parto, essa prática ocasionou no aumento da tecnologia médica, o ato de nascer passou a ser algo muito industrializado. O parto cesariano que deveria ser uma prática aplicada em situações problemáticas, passa a ser realizado com frequência, devido ao avanço dessa tecnologia, com isso normalizando a cesárea e o parto normal tornando-se um procedimento em exceção (CHACHAM, 2012).

Em relação as cirurgias cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aponta se um aumento de 38,3% em 2001 para 55,15% em 2014 (GOMES, et al, 2018, p.

2745). Referente as crianças nascidas no ano de 2016, segundo dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), apontam que que 55,4% do total dessas crianças nascidas vivas no Brasil foram por meio de cesárea, e entre os estados do nosso país com maiores índices temos Goiás com (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do sul com (63%). Logo dos partos realizados na rede pública de saúde, 40% ocorrem por meio de cesarianas e já na rede particular esse índice têm um aumento bem significativo chega aos 84% e isso variando de acordo com cada região (GUEDES, SENADO NOTÍCIAS, 2018).

A prevalência da medicalização em pesquisa realizada por Monteschio, et al. (2016), apontou que 92,7% das mulheres sofreram algum tipo de intervenção durante o trabalho de parto. Dentre as primigestas com 96%, as mulheres com parto vaginal com 83% e as multigesta com cesariana anterior com 96% foram as que mais tiveram chances de sofrer alguma intervenção e também foi destacado que a medicalização esteve presente 54,4% das mulheres que foram submetidas à cesariana.

Desta forma, podemos observar o grande número de partos por meio da cesariana que são feitos aos longos dos anos e esse índice tende a crescer cada vez mais, o que não deixa de ser algo preocupante tanto para a vida dessas mulheres como a de seus filhos também. É importante ressaltar, que muitas destas mães não apresentam e nem possuem nenhum tipo de problema durante a gestação e no parto, ou seja, grande parte desses partos ocorre pela opção dessas mulheres, de forma eletiva e antes mesmos que entrem em trabalho de parto, isso pode acontecer por vários fatores, um deles seria até mesmo a falta de condições necessárias nos hospitais, para que as mesmas possam ter seus filhos de forma natural (GUEDES, SENADO NOTÍCIAS, 2018). Percebemos, nesse sentido, “a medicalização da atenção obstétrica brasileira e seus desdobramentos, tais como a elevação das taxas de cesarianas e a circulação de discursos coletivos de risco no ciclo gravídico-puerperal” (GOMES, et al, 2018, p. 2745).

Segundo Chacham (2012), diversos médicos optariam pelo parto normal, em razão de ser uma prática mais saudável e segura para a mulher, também, pelo pós-parto a relação da mãe com o filho os primeiros contatos para a criação do vínculo, que muitas vezes com a cesariana é mais complicado de acontecer e os aspectos emocionais da mulher quando é realizado um procedimento mais leve e calmo, não abalando emocionalmente. Mesmo cientes dessa demanda, alguns médicos não dão muita atenção ao estado emocional e não informam isso no pré-natal, não tendo abertura para essa discussão, provavelmente por

motivos de pouco interesse no lado psicológico para o paradigma biomédico (CHACHAM, 2012).

Diante da ciência dos pontos positivos do parto normal, muitos médicos possuem uma insegurança nesse ato, devido à imprevisibilidade, preferindo a previsibilidade que o parto cesariano proporciona a eles, o profissional estaria no controle da situação dando mais segurança. O tempo também é significativo para os médicos, pois muitos não conseguem acompanhar o processo do parto normal que pode levar cerca de 10/12h, e com a cesárea é possível ser mais rápido, o medo de processos judiciais também é relevante para os profissionais, o medo da complicação no parto normal influencia na realização da cesariana (CHACHAM, 2012).

Há um grande número de mulheres que desejam o parto normal, mas acabam cedendo à cesariana, apesar disso as mesmas ainda preferem o parto normal, devido à simplicidade, as vantagens, os benefícios da realização do parto normal, mas, alguns fatores influenciam nessa decisão, a indicação do médico é um desses fatores, as mulheres não questionam a recomendação de uma possível cesariana, devido a aproximação com o profissional da confiança estabelecida, a falta de conhecimento da prática e o medo de uma possível complicação, a falta de informação acerca dos riscos reais da cesariana facilita na aceitação da cesárea, outro ponto seria, a de não estar familiarizada positivamente com o parto normal, devido a todos ao redor se frustrarem na tentativa de um parto normal (CHACHAM, 2012).

A crença na validade da abordagem biomédica na atenção à saúde, e a avidez que as camadas mais privilegiadas no Brasil absorvem novas tecnologias em todas as áreas da vida, tornam os corpos das mulheres dessas camadas ainda mais susceptíveis a intervenção e manipulação médica. Embora experiências e projetos de vida considerados mais “naturais” sejam valorizados no discurso de boa parcela das mulheres mais privilegiadas, o controle do processo do nascimento pela medicina é visto como indispensável para garantir bons resultados (CHACHAM, 2012, p. 447).

A cesárea é um procedimento necessário que possibilita em realizações de caráter positivo, mas quando necessário, ou seja, dependendo da condição de saúde da mãe ou do bebê. Porém, a normalização dessa prática cresce cada vez mais, deixando de lado a naturalização e abrindo espaço para um processo mais industrializado e invasivo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) discorre que as principais intervenções realizadas pela equipe de saúde nas parturientes, tais como a tricotomia, enteroclistma, indução ou condução do trabalho de parto, episiotomia e cesariana, são prejudiciais e devem ser abolidas ou usadas com restrição, entretanto no Brasil este modelo de intervenção ainda é adotado (MONTESCHIO, et al, 2016).

A medicalização do parto normal no Brasil é marcada, atualmente, pelo o uso excessivo de intervenções, como a prática da episiotomia (corte entre a vagina e o ânus), amniotomia (a rotura artificial das membranas amnióticas), o uso da ocitocina venosa para acelerar contrações dentre outros procedimentos utilizados (SILVA, 2019). O início do trabalho de parto caracteriza-se pela presença de contrações uterinas espontâneas a intervalos regulares, que vão gradativamente aumentando com o passar do tempo e que não diminuem com o repouso da gestante. Existem casos em que é necessário acelerar esse processo devido a presença de colo uterino imaturo, em que ocorre realização de preparo cervical prévio à indução do parto aonde utiliza-se métodos de estímulos exógenos, entre eles, os medicamentos ocitocina e misoprostol (BRASIL, 2001)

A amniotomia faz-se necessário apenas nas condições em que se nota a existência de algumas distocias funcionais, que possa impedir a progressão do trabalho de parto. O rompimento artificial das membranas amnióticas, é um método que provoca um aumento na produção local de prostaglandinas, auxiliando o início do trabalho de parto. Pode ser efetuado com amniótomo ou pinça com extremidade perfurante, na bolsa das águas, no nível da apresentação fetal (BRASIL, 2001).

Embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, efeitos indesejáveis podem ocorrer com essa prática, como o incremento de desacelerações precoces da FCF e alterações plásticas sobre o pólo cefálico (bolsa serossanguínea). Existe também um risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas (BRASIL, 2001).

Portando, nota-se que é a ruptura artificial da bolsa deve ser evitada, destinando-se seu uso para aquelas condições onde sua prática seja claramente benéfica em gestações de alto risco tendo em vistas as grandes possibilidades de efeitos desagradáveis.

Já a episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher no momento da expulsão, sua sutura é feita com fio cirúrgico absorvível pelo organismo e é chamada de episiorrafia. Apesar de já ter sido respaldada em termos que alegavam salvar a mulher do esforço do parto e do período expulsivo longo entre outros “benéficos”, atualmente estudos comprovam que a prática rotineira da episiotomia não tem suporte científico, da mesma forma é realizada de maneira incorreta quando de rotina uma vez que seu uso generalizado é desnecessário (BENTO, SANTOS, 2016).

Sendo assim, é necessário que as mulheres se expressem, que as mulheres gestantes possam ser orientadas e cuidadas com todo respeito que merecem, tendo autonomia para fazerem suas próprias escolhas, com a orientação médica correta. Ademais, devem se sentir seguras e amparadas por seu médico e toda sua equipe, e se este

não for o caso que ela possa ter todo o apoio e força para buscar outro médico ou meios que possam lhe dar atendimento digno e segurança para com ela e seu filho no momento do parto.

Farmacologização da Gestação

A população de gestantes tem ingerido grande quantidade de medicamentos, durante a gravidez. Isso decorre pelo fato de que os fármacos podem ajudar no desenvolvimento dos bebês. Segundo Brum, et al. (2011, p. 2436), os motivos da utilização de medicações durante a gravidez “incluem o tratamento de manifestações clínicas inerentes à própria gravidez, doenças crônicas ou intercorrentes e automedicação”. Porém, para os autores, é preciso considerar que estes podem prejudicar por serem fármacos que possuem grandes toxinas em sua composição química, os mesmos apresentam certo risco para as gestantes e seus bebês.

Podemos observar que o uso do medicamento é algo sociocultural que está enraizado na sociedade e vêm se modificando aos longos dos tempos. Atualmente, os índices de mulheres que fazem o uso de medicamentos antes e após a gravidez têm crescido, fato esse alarmante para a saúde pública. “Uma investigação realizada em cidade do sul do Brasil mostrou que 46,7% das mulheres estavam em uso de medicamentos no momento do diagnóstico da gravidez” (COSTA, COELHO, SANTOS, 2017, p. 2). Entretanto, existe ainda uma porcentagem de 64,9% de automedicação dessas mulheres, antes mesmo de começarem o pré-natal, o que é algo preocupante e perigoso de se fazer, pois como as mesmas não sabem os efeitos desses remédios, podem acabar prejudicando seus bebês sem ao menos saber (COSTA, COELHO, SANTOS, 2017).

Nesse contexto, a medicalização da gestação associada ao uso irracional de medicamentos constitui um comportamento de alto risco, uma vez que nenhum medicamento é isento de toxicidade à mãe ou ao feto e deve ser considerado um problema de saúde pública. Em adição, tal cenário suporta a importância de se expandir a evidência sobre os riscos e benefícios do uso de medicamentos durante a gestação e sugere a necessidade de sistemas de práticas seguras de prescrição de medicamentos para as gestantes (BRUM, et al, 2011, p. 2436).

O uso constante de medicamentos muitas vezes ocorre também pelo fato de as mulheres apresentarem algum problema de saúde, ou até mesmo doenças crônicas o que faz com que usem alguns medicamentos para ajudar durante o parto e após (BRUM, et al, 2011).

As parteiras antigamente eram quem faziam os partos das mulheres grávidas, diferente dos tempos atuais, não se tinha o processo de medicalização no parto, as técnicas utilizadas pelas parteiras eram saberes ao uso de plantas medicinais, que serviam para punccionar a dor de parto ou fazer cessarem outras dores, posições e recomendações de consciência corporal durante o parto para um bom desfecho. Cada parteira segue uma lógica de técnicas segundo seus contextos de aprendizagem ao longo da vida, reproduzem, sem ser de forma automática, o que aprenderam desenvolvendo suas próprias técnicas a partir de sua experiência prática, construída em uma circulação de saberes em determinado contexto e/ou ambiente (OLIVEIRA, PERALTA, SOUSA, 2019).

Quando se têm complicações do tipo: crianças *tortas* na barriga, que nasceram de pé, que demoram muito a nascer, as mulheres presentes no parto se apegam as entidades religiosas para concluir assim, um bom parto. Detentoras de conhecimentos sobre corpos, elas fazem os trabalhos de assistência ao parto, em um processo nada linear, que envolve solidariedade, dom, parentesco, compadrio, afeto, responsabilidade, conhecimento, etc. A medicalização é tida como a ampliação de ações feitas por médicos, enfermeiros e agentes da saúde como um todo, as parteiras não entram nessa categoria. (OLIVEIRA, et al, 2017, p.10, apud. OLIVEIRA, PERALTA, SOUSA, 2019). Mesmo com o avanço da medicina, as parteiras nas áreas rurais, distantes de postos de saúde e hospitais, continuam desempenhando o papel de cuidado com a mulher grávida e mesmo após o nascimento da criança.

Em uma pesquisa no município de Casserengue, localizado na Microrregião do Curimataú Oriental, no Estado da Paraíba, foi feito um estudo constituído pelas mulheres que vivenciaram a experiência do processo de parto e nascimento. Elas explicam como foi o processo do parto em relação às ervas utilizadas. Quando a mulher grávida começava sentir as dores, mandava buscar a parteira, chegando no local elas faziam um chá de semente de coentro, garapa de açúcar, pimenta do reino, ikem, fazia chá de alfazema, boldo, erva-cidreira, capim santo e erva-doce, para dar força. Orações eram feitas quando o parto demorava, tudo era baseado em ervas, reza e Nossa Senhora do Bom Parto. Depois do parto também tinha algumas superstições, faziam chá preto que “limpava por dentro”, tomar banho todos os dias, lavava a cabeça após oito dias, tinha que ter repouso, não podia levar chuva, sol, a alimentação era pirão de galinha ou carne de gado, farofa, arroz, cuscuz e feijão (BARBOSA, et al, 2013).

Nos dias atuais, a população brasileira de gestantes apresenta um índice alto no consumo de medicamentos, antes mesmo do pré-natal ser iniciado e durante a gravidez.

O uso desses fármacos passou a preocupar a saúde pública, pois desde o acontecimento de 1950 a 1960, com a tragédia da talidomida, medicamento sedativo utilizado no tratamento de náuseas e vômitos durante a gravidez, que acarretou no nascimento de 10 mil crianças nascidas com focomelia uma má formação congênita que até o momento era considerada rara (COSTA, COELHO, SANTOS, 2017).

Todavia, antes desse fato acreditava-se que a placenta era uma barreira que impedia qualquer coisa de atingir como os próprios medicamentos ingeridos pela mãe assim o feto era protegido de tudo, entretanto atualmente sabe-se que a maior parte dos fármacos atravessa a placenta entrando na corrente sanguínea e atingindo o feto. O que pode levar as más formações devido ao recebimento de medicamentos que está sendo passados para ele (COSTA, COELHO, SANTOS, 2017).

A medicação durante a gravidez se torna um grande dilema entre as mães, pois muitas não sabem exatamente para que muitos desses remédios servem, na maior parte das vezes só tomam um comprimido para fazer com que as dores parem, sem saber do real risco que correm, acabando por se automedicarem. Segundo Brum, et al., (2011, p. 2435), o uso de medicalização por mulheres grávidas “teve uma relevância de 90% correspondendo a uma média de uso de 4,1 medicamentos por gestante, dos quais 83,6% foram prescritos e 16,4% foram utilizados por automedicação. Onde 17,5% estão incluídos na categoria de risco ao feto”.

Fatores sociodemográficos têm sido associados com o uso de medicamentos durante a gestação. Populações de países em desenvolvimento, como o Brasil, apresentam características sociais e econômicas muito peculiares para a compreensão de potenciais riscos teratogênicos aos quais uma gestante possa estar exposta. Essas características incluem níveis educacionais e econômicos baixos da população, alta incidência de doenças infectocontagiosas e carenciais, facilidade de obtenção de medicamentos que exigem prescrição médica e prática frequente e sem controle de automedicação (BRUM, et al, 2011, p. 2436).

Temos também grandes índices de gestantes usando misoprostol para fazer o aborto, sendo este um medicamento que é ingerido por essas mulheres sem uma prescrição médica causando para elas possíveis problemas de saúde. Desta forma, é importante que haja uma segurança maior e mais severa sobre o uso de fármacos (BRUM, et al, 2011).

É importante ressaltar que, muitos medicamentos auxiliam as mães na gestação, ajudando-as a se manterem saudáveis, assim como o feto e até no desenvolvimento do mesmo, como os fármacos anti-inflamatórios, anti-infecciosos, nutrientes (Nutrição e reposição hídrica parental, vitaminas e sais minerais), antipertensivos, antianêmicos, e tantos outros (CARMO, NITRINI, 2004). Entretanto, as mulheres que realizaram o parto

normal utilizaram mais remédios diretamente no sangue e no sistema hematopoiético do que as que fizeram a cesária (CARMO, NITRINI, 2004).

O sulfato ferroso foi o medicamento mais utilizado dentro dessa classe, principalmente pelas mães mais novas, as quais têm maior risco de desenvolver anemia na gestação, por estarem em fase de crescimento. Os medicamentos dermatológicos e aqueles que atuam sobre o sistema musculoesquelético e preparações hormonais, os quais geralmente são mais seguros neste período perinatal, por apresentarem menor risco de reações adversas graves e eliminação no leite materno, também destacaram-se entre os mais utilizados quando realizado parto vaginal (SILVEIRA, et al., 2015, p. 9).

Por isso, é necessário que haja um acompanhamento da própria família da gestante para se informar sobre os respectivos medicamentos que vão ser usados no parto, assim como é de direito da mãe ter todas essas informações e não ficar somente a mercê da equipe médica sem saber pelos processos que ela pode vir a passar.

Há vários medicamentos que são usados durante o parto, a maior parte deles são anestésicos que têm o intuito de diminuir as dores que as mães sentem, as contrações. Desta forma, podemos observar que a oxitocina e a analgesia têm grandes índices de uso no parto, principalmente nas cesarianas. A oxitocina é um medicamento utilizado para estimular o parto, muito comum na obstetrícia para que o processo de parto progrida de forma rápida quando há algum tipo de lapso. “O uso de oxitocina tem sido indicado para o tratamento da distorcia do parto, pois poderia reduzir as taxas de cesarianas” (LOPEZOSA, MAESTRE, BORREGO, 2016, p. 2).

A intervenção com oxitocina, particularmente com doses elevadas, pode ter potenciais efeitos negativos para a mãe e para o feto, tais como taquissístolia uterina e comprometimento da frequência cardíaca fetal. Isto ocorre devido à redução ou interrupção do fluxo sanguíneo no espaço intervilo durante as contrações [...] A Organização Mundial da Saúde ressaltou a necessidade de rever o modelo biomédico de assistência durante a gravidez e o parto, caracterizado por um elevado intervencionismo e uma medicalização excessiva em países desenvolvidos. Em suas recomendações sobre o cuidado no parto normal, considerou inadequadas certas práticas e intervenções, tais como a amniotomia ou a ruptura artificial precoce da bolsa amniótica e o uso banal de oxitocina, entre outras (LOPEZOSA, MAESTRE, BORREGO, 2016, p. 2).

Na cesariana é certo que há ocorrência do uso da anestesia peridural, tendo como fator principal o elevado uso de medicamento no período perinatal, além dos medicamentos atuantes no sistema cardiovascular e respiratório, usados durante o procedimento, a bupivacaína e a morfina, o que gera uma maior exposição medicativa e como consequência disso o risco procedente para saúde da mãe e do bebê. “Pode-se observar o uso de metaraminol somente em mulheres que realizaram parto cesariano e, conseqüentemente, receberam raquianestesia” (SILVEIRA, et al, 2015, p. 9). O metaraminol é um fármaco que reproduz os efeitos provocados pela estimulação dos

nervos simpáticos, normalmente usado para tratar a hipertensão em mulheres que realizaram a casaria (SILVEIRA, 2015).

Para Silveira, et al. (2015), os riscos teratogênicos dos medicamentos têm sua relevância por gerar uma grande diferença entre a investigação do uso de fármacos durante a gestação e na hora do parto, sendo esse o momento onde há o maior uso. Uma análise feita entre os hospitais maternidades públicas e privadas sobre a maneira que conduzem o tratamento, pelos autores, evidenciam diferenças e uso desarranjado de ocitocina no parturiente podendo apontar despautério na aplicação de medicamentos.

A evolução dos avanços relacionados ao uso da analgesia no momento do parto, desde o principio até a atualidade, vêm evoluindo cada vez mais e os estudos e técnicas se apropriando em busca da eficiência em sua plenitude (AMARAL, et al, 2015). As práticas anestésicas são comumente nos dias de hoje e com o trabalho de parto é normal ocasionar em modificações fisiológicas nas mulheres, no ponto de vista anestésico essas alterações são significativas, dado que, a ventilação minuto pode haver o aumentar até 300% e o consumo de oxigênio aumenta 60% durante as contrações dolorosas, provocando hipocapnia, o débito cardíaco aumenta até 45%, podendo ocorrer aumento de até 80% logo após o nascimento, devido à descompressão súbita da veia cava inferior (SCHMIDT, SCHMIDT, SCMIDT, 2009).

No que se refere à aplicação de analgesia pode-se afirmar que:

Para a gestante as repercussões da analgesia obstétrica, são de cunho cardiovascular-hipotensão arterial ou supina, respiratórias decorrentes da hiperventilação relacionada a dor, estresse e apreensão, ou ainda, hormonais e metabólicas altos índices de catecolaminas endógenas, refletindo na resposta adrenocortical. Para o neonato, têm relação direta com a droga e respectiva dose anestésica empregada e pode interferir na capacidade adaptativa do feto à vida externa (AMARAL, et al, 2015, p. 284).

Há algumas anestésias preferenciais para as realizações das cesarianas, como a anestesia regional com a técnica espinal, devido a alguns benefícios que trazem, a anestesia regional tem menor índice de depressão central do feto, interação precoce maternal e a taxa de risco menor que a anestesia geral. A técnica regional é mais acessível e apresenta menor taxa de toxicidade, pois aplica uma quantia menor de analgésicos locais, dessa forma, sendo a técnica mais aplicada nas cesarianas. Contudo, é do especialista a escolha da anestesia e da técnica aplicada, logo deverá analisar demanda. Apresenta-se, também, a técnica epidural uma técnica que obtém o controle mais claro do nível sensorial e possibilita a que gradual do nível pressórico (SCHMIDT, SCHMIDT, SCMIDT, 2009).

Deste modo, compreendermos que há inúmeros tipos de anestésias disponíveis e que sua recomendação vem através do médico, mas que a autorização fundamental é da gestante, visto que, a maioria não tem o conhecimento de qual método será melhor e poucas buscam pesquisar pela ansiedade em relação ao parto. Os analgésicos e anestésias são fundamentais no processo de dor da mãe, mas devemos ressaltar o cuidado em relação a introdução dos medicamentos, pois como para a mãe o feto pode ser prejudicado.

Falando agora sobre os partos natimortos que ocorrem quando o bebê falece ainda no útero materno com aproximadamente 20 semanas, isto significa que os bebês natimortos são diferentes de abortos espontâneos, pois ele já está formado e permanecem no útero, e precisa-se de intervenção médica para a sua retirada, a sua retirada ocorre igual ao parto natural onde a mãe precisa do esforço.

as principais causas de óbito fetal foram as síndromes hipertensivas, a hipóxia e anóxia fetal, a insuficiência placentária e as infecções, sendo que a maioria dos óbitos ocorreu antes do trabalho de parto, destacando a importância da realização das consultas de pré-natal e da intervenção precoce nas complicações obstétricas para redução da natimortalidade (CRIZÓSTOMO, et al, 2018, p. 7).

Mesmo a porcentagem de fetos que são eliminados de forma espontânea após duas a três semanas sendo grande, a maioria dos médicos preferem induzir o parto (AQUINO, et al, 1998).

Muitos métodos de indução já foram propostos e utilizados em todo o mundo. Entre eles, incluem-se a introdução de substâncias hipertônicas na câmara amniótica, a utilização de corpos estranhos extra amnióticos como sondas ou laminárias, o uso de ocitocina e de prostaglandinas [...] Já a utilização de sondas colocadas extra-amnioticamente para o preparo do colo, previamente à indução, é um procedimento relativamente antigo que vem sendo resgatado, porém, preferencialmente para a indução de gestações de termo com feto vivo, considerando que já existem atualmente melhores opções em termos de eficácia, quando a vitalidade do feto não representa mais um parâmetro a ser vigilado [...] Quanto à ocitocina, seu uso para indução do trabalho de parto em gestações com idade gestacional inferior a 28 semanas, ou com colo uterino desfavorável, tem mostrado baixa eficácia. Já as prostaglandinas têm a propriedade de promover um amadurecimento do colo uterino que parece estar relacionado com um aumento da atividade da colagenase que promove amolecimento e apagamento da cérvix uterina e também a capacidade de induzir a atividade uterina contrátil em todas as fases da gestação [...] Alguns estudos recentes têm mostrado a boa eficácia do misoprostol para a indução do parto de feto morto, com baixa incidência de efeitos colaterais, principalmente quando administrado por via vaginal. No entanto, ainda é necessário o estabelecimento da menor dose útil (AQUINO, et al, 1998, p. 145-146).

O uso destes medicamentos, no entanto se mostra necessário e relevante por ser um método eficaz e proporcionar mais segurança a vida da mãe do natimorto, mas pode se observar também que tal uso deve ser moderado pois apresentam efeitos colaterais.

“Humanização do parto”: novas faces do processo de medicalização

A prática do parto natural era vista como algo caseiro, pois eram realizados em casa e sem a aplicação de medicalizações, sejam eles para aliviar a dor do parto ou para acelerar esse processo, a realização desse ato era de suma responsabilidade das mulheres que tinha mais experiência com essa praticidade, tal como as parteiras e benzedadeiras. Na antiguidade, ressalta-se que a prática do parto natural junto às parteiras estava relacionada com o conhecimento subjetivo de todas as parteiras, pois cada uma obtinha sua técnica, cultura e religiosidade singulares, usavam apenas as mãos para as operações e para a diagnosticção do possível problema. O posicionamento da mulher na hora do parto, era uma particularidade das mesmas e, dentre outras práticas que adquiriam ao longo dos anos (OLIVEIRA, PERALTA, SOUSA, 2019). As técnicas eram não invasivas e dava mais liberdade às mulheres nas movimentações durante o parto.

Como já apontamos, as plantas medicinais eram técnicas usadas para acalmar e moderar a dor do processo ou para fazer cessarem outras dores, manipulação do corpo do bebê no ventre, posições e recomendações de consciência corporal durante o parto para ter sucesso nesse procedimento (OLIVEIRA, PERALTA, SOUSA, 2019). O parto natural nos dias atuais volta a ser muito procurado pelas mulheres denominado de parto humanizado, as mesmas podem optar por realizar o parto em sua própria casa, em casas de partos, ou no hospital, em ambientes que ela se sinta bem, todo esse processo sempre é acompanhado pela equipe que acompanha esta mãe, sendo seu obstetra, parteira, a família, enfermeiros, aqueles que forem necessários no ambiente ou que a mãe julgar que são necessários para estar com ela (HEMOCORD, 2020).

No parto humanizado evita-se a utilização de medicamentos ou intervenções que envolvam algum tipo de fármaco, esses são administrados somente em casos específicos que haja algum problema, como o prolongamento do parto por muitas horas, ou algum problema que a mãe possa a vim a ter e nestes casos os médicos podem intervir desde que tenham o consentimento da mãe, isso tudo é esclarecido antes do parto ocorrer (HEMOCORD, 2020).

É importante ressaltar, que o processo de humanização do parto acompanha o parto natural, a ideia é que mãe possa se sentir confortável perto das pessoas que ela quer nesse momento. A “humanização abrange o acolhimento digno à tríade mulher-bebê-família a partir de condutas éticas e solidárias” (POSSATI, et al, 2017, p. 2). A humanização do parto vem acompanhado de muitas condutas, procedimentos, organização para que

quando chegar o momento do nascimento tudo ocorra da melhor forma, para mãe e seu filho. Neste sentido, a humanização traz consigo um acolhimento para a mulher, pois ela tem autonomia em meio ao parto e todo o planejamento de como será feito o processo, saber e ter ciência da situação o que eleva sua autonomia e pode deixar a mesma até mais confortável sabendo do que vai acontecer (POSSATI, 2017).

Assim, ao conceituar a humanização do parto, pode-se entendê-la como um movimento pautado na individualidade e singularidade feminina, valorizando o protagonismo da mulher e permitindo uma maior congruência do cuidado com o sistema cultural de crenças e valores (POSSATI, et al, 2017, p. 3).

Deste modo, a humanização vem crescendo neste mundo dos partos e se tornando cada vez mais desejada, entendida, quando utilizada para realização de partos, como um direito de a mulher entender o procedimento que será feito. Que a ela seja explicado os riscos e benefícios do método proposto pelo médico, assim como os medicamentos que serão utilizados e todas as outras coisas que englobam o processo de humanização no parto (POSSAT, et al, 2017). Mas, ainda aqui visualizamos processo de medicalização do parto. Apesar de o ideário de resgate do momento do parto como um espaço de protagonismo da mulher e naturalização do mesmo, a medicalização se dá quando se intensificam o controle e o saber biomédico nas práticas de cuidado antes e após o parto levando a uma capitalização da vida, já que este tipo de procedimento ainda é quase que exclusivamente realizado na saúde privada brasileira. Para isso, acionam a humanização e naturalização do parto como operados desse processo.

A prática de humanização possui vários significados, alguns como, humanizar é estar coerente com os valores, é poder oferecer boa qualidade de serviços, cuidar do outro, tanto em um sentido corporal, fisicamente, como no sentido afetivo, da sensibilidade e compaixão, humanizar significa “tornar humano, dar condição humana” (WALDOW, BORGES, 2011). Em se tratando do contexto na saúde, temos que “humanizar a saúde compreende a unicidade de cada pessoa, personalizando a assistência” (WALDOW, BORGES, 2011, p. 416). Humanização apresenta, ainda, outro significado, estando relacionada a política e economia do país, no sentido de igualitarismo no acesso a assistência, afetaria a estrutura e a funcionalidade organizacional, de acessibilidade e organização, assim também como a competência profissional dos agentes de saúde e por último trazendo o cuidado do cuidador. O cuidado, neste aspecto, é entendido como um modo de ser, sem ele a pessoa não seria humana, pois segundo uma visão filosófica o ser humano vive o significado da sua própria vida por meio do cuidado (WALDOW, BORGES, 2011).

As práticas humanizadas se tornam cada vez mais difíceis de ocorrerem, tendo os exemplos a cima citados, sabemos que não são todas as pessoas que conseguem ter acesso a essa prática, muito menos a um atendimento descente e qualificado, isso porque vivemos dentro de uma esfera da biopolítica onde seu sentido é totalmente reverso aqui, os governantes não tendem a ouvir a população, nem fazem esforço para sanarem as imensas dificuldades vivenciadas. Se houvesse a humanização em todo o contexto da saúde seria um fator caótico no bolso dos políticos e governantes, como citado afetaria toda a estrutura e organização, pois esse processo, demanda tempo, recursos e pessoas que sejam comprometidas com a população que tanto necessita de uma boa qualidade de saúde. A partir daí os mesmos, poderiam fazer algo que pudesse ajudar a todos nesse momento tão turbulento da saúde em que nos localizamos, principalmente neste cenário da humanização onde essa prática é quase inexistente.

É nesse sentido que Benevides e Passos (2005, p. 390), argumentam que a humanização “no contexto atual tem se tornando um modismo, no qual padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática”. O que acaba prejudicando ainda mais a população, visto que, o atendimento se torna robotizado, com baixa qualidade, isso por alguns fatores, como a falta de remuneração adequada, ambiente de trabalho apropriado, seguro e com o mínimo de conforto que os funcionários das redes principalmente públicas necessitam, para que façam um bom atendimento ao público e para que assim os mesmos não achem e hajam que ser educado, receptível e dar um sorrisinho para o indivíduo seja uma prática humanizada. Outros fatores que tornam a humanização um modismo na prática profissional, segundo as autoras, são a má administração e gerenciamento dos gestores institucionais, falta de treinamento e cursos gratuitos para os profissionais se especializarem, falta de apoio dos governantes principalmente, falta até mesmo de uma cobrança maior da sociedade perante toda essa situação.

Todavia, nós brasileiros vivendo em uma país capitalista, que visa o lucro acima de tudo e o que se pode ganhar com ele, é extremamente difícil pensar que o Governo Federal, Estadual, Municipal pensem em reformular ou ajudar a melhorar e incrementar a humanização nas práticas de saúde, especialmente às públicas, de modo que faça valer a pena todo o seu significado, visando um bom funcionamento, atendimento digno e qualificado para toda a população brasileira. Segundo Benevides e Passos (2005), construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde.

Interessante notar como a palavra humanização é utilizada no parto como um regaste da naturalização e humanidade, mas na prática se torna um dispositivo de medicalização e capitalização. Porque é justamente a ideia de um parto mais humano que faz com que às mulheres paguem e busquem os profissionais e hospitais privados, no Brasil. Percebemos, nesse sentido, que cada vez mais aumenta o processo capitalista, sustentado pela a ideia do Biocapital, em que tudo ao nosso redor se torna capitalizado junto a isso temos a produção Biogitimidade que reforça essa capitalização, visto que, produções que dão acessibilidade a situações que antes não podiam ser prevista e hoje devido aos avanços das biotecnologias médicas de utilização privativa podem se realizar ações preventivas, com isso, lucrando cada vez mais. “O direito à saúde pela conquista em acessar diagnósticos, prevenções de doenças e tratamentos diferenciados passa a ser um agenciamento do mercado da saúde maximizado, em contextos neoliberais, em sociedades de segurança”. (LEMOS, GALINDO, RODRIGUES, 2016, p. 272).

Afirma-se que com os avanços da medicina junto à tecnologia, ganham espaços nas políticas de saúde, ações de saúde que dão suporte a vida, os riscos que tinham probabilidade de ocorrer são anuladas devido à introdução de medicalização e os exames em aparelhos tecnológicos, reforçando esse processo capitalista (LEMOS, GALINDO, RODRIGUES, 2016). A vida se torna capitalizada, o ato de nascer se torna algo capitalizado devido a aplicação de medicalização algumas vezes não necessária, como as internações não necessárias e a indução do parto, ações que são necessárias em situações específicas.

Ademais, em tempos de capitalismo neogerencial, as novas tecnologias de saúde estão cada vez mais sendo decididas pelos grandes conglomerados que definem as políticas de ações, algumas vezes à revelia dos próprios estados nacionais. Estas novas tecnologia se configuram a partir do aumento de suas taxas de lucro e da busca da hegemonia financeira num mundo sempre mais interdependente e complexo (LEMOS, GALINDO, RODRIGUES, 2020, p. 230).

A capitalização traz consigo preconceito discriminação aos menos afortunados, é nítido que dentro da política da saúde deveria ter uma equidade para as pessoas. Devido a esse preconceito e discriminação muitas vezes buscam medidas extremas onde possibilita uma saúde de qualidade, extrapolando as necessidades ao seu alcance. Os ricos possuem vantagens na área da saúde, facilidade no atendimento, tratamento de qualidade e rapidez, o racismo institucional existe, negam atendimento pela cor da pele, é evidente as vantagens e desvantagens presentes na capitalização da saúde. Quem não possui os recursos financeiros para a saúde privada fica à mercê da precariedade dos serviços

públicos em que impera, como vimos, os partos cesáreos e/ou se tornam sujeitos endividados que compram e financiam os serviços privados.

A capitalização da vida tornou possíveis jogos de controle perenes em que o sujeito é aquele que está sempre endividado, visto ser um consumidor e uma extensão do empresariamento de si. Na economia atual, sempre se está devendo e, continuamente, novos métodos são criados para tornar um indivíduo mais saudável, portanto, uma subjetividade empreendedora/consumidora e endividada, segundo apontam Bernardes e Guareschi (2007) (LEMOS, GALINDO, RODRIGUES, 2020, p. 325).

O regime biopolítico vivido hoje possibilita a crescente busca em formar “capitais humanos”: uma educação para vender a si mesmo, essa busca é marcada pelo consumismo e um mercado cada vez mais exigente e capitalista (PASSETTI, 2011 apud RIBEIRO, 2018). “Junto a isso, observa-se que o Estado adquire, crescentemente, o direito de intervir para fazer viver, para majorar a vida, multiplicá-la e torná-la isenta de todo tipo de acidentes, eventualidades e deficiências” (RIBEIRO, 2018, p. 143).

Enquanto empreendedores, atualizamos na criação dos filhos mais um investimento para o futuro. Os equipamentos capitalísticos organizam-se tal qual uma rede máquina tentacular que penetra em todos os níveis da vida. Dessa forma, temos uma modulação da força de trabalho onde a produção não concerne apenas os trabalhadores: a interpenetração desses mecanismos nos afetos faz de desempregados, crianças e idosos também produtores. A educação da criança é um ótimo exemplo, pois, logo que nasce (RIBEIRO, 2018, p. 146)

Segundo Guattari (1987, p. 203 apud RIBEIRO, 2018, p. 146), “através da família, da televisão, da creche, dos serviços sociais, é, posta para trabalhar e se engaja num processo complexo de formação, ao termo do qual seus diversos modos de semiotização deverão estar adaptados às funções produtivas e sociais que a esperam”. Todos, portanto, fazem parte dessa rede de investimentos e troca de lucros que é viver e habitar o espaço solícito, um mundo cujo o constante avanço das tecnologias se torna imediatista e instantâneo transformando a humanidade em empreendedores de si mesmos (RIBEIRO, 2018). Nesta perspectiva, nota-se que o “atrelamento do capital à imanência a vida” (RIBEIRO, 2018, p. 147), conseqüentemente ao início da vida, a medicalização constante é nada mais que parte disso, tal qual ocorre no parto humanizado.

Psicologia no auxílio das gestantes

A psicologia sendo considerada uma ciência recente está inserida em vários espaços da nossa sociedade, como escolas, clínicas, empresas, instituições governamentais e até mesmo em hospitais. É importante ressaltar, que os psicólogos nesse

âmbito da gestação fazem um trabalho muito interessante com as mães, que seria o pré-natal psicológico, os profissionais ajudam as mães a lidarem melhor com esse período que traz consigo um turbilhão de emoções, sentimentos e coisas novas, que elas precisam entender melhor e aprender a lidar de certa forma (ARRAIS, CAVALCANTI, ARAUJO, 2016).

Deste modo, uma equipe de psicologia de uma maternidade privada de Brasília, implantou um programa de cuidado integral a gestantes em 2006, que nos possibilita entender melhor e conhecer o trabalho que a psicologia pode realizar neste aspecto (ARRAIS, CAVALCANTI, ARAUJO, 2016).

Denominado Pré-Natal Psicológico (PNP), esse acompanhamento prevê grupos psicoeducativos sobre gestação, parto e pós-parto, os quais propiciam suporte socioemocional, informacional e instrucional. O programa mais longo contabilizou 21 sessões semanais e o mais breve cinco sessões quinzenais. Uma média de seis a sete sessões mostrou-se adequada para cumprir seus propósitos. A duração das sessões variou de duas a cinco horas. A frequência de participação das gestantes oscilou de uma a 18 sessões, dependendo da especificidade e disponibilidade de cada grupo. A seguir, serão detalhados elementos primordiais da estruturação e do funcionamento desse programa (ARRAIS, CAVALCANTI, ARAUJO, 2016, p. 106 -107).

Todavia, “não se estabelece número limitado de sessões, as gestantes podem participar durante o período que desejarem ou até do bebê”. Nas sessões os pais e avós sempre são convidados a participar e interagir com a mãe, até porque são sempre as pessoas mais próximas dela e que servem como base de apoio, em suma o profissional usa bastante dinâmicas com estas pessoas em especial as gestantes, traz para o encontro brinquedos, jogos, brincadeiras que possam estimular as mesmas e trabalhar através destes métodos as angústias, anseios, medos entre outras coisas. Em cada sessão é trabalhado um tema gerador, o que determina esse tema é a característica do grupo e a partir dele o profissional começa a fazer as devidas intervenções usando suas técnicas e conteúdos apropriados (ARRAIS, CAVALCANTI, ARAUJO, 2016, p. 107).

No decorrer do período gestacional, a mulher passa por diversos processos na qual ela não está habituada, deste modo o pré-natal psicológico visa melhor a compreensão sendo um espaço de escuta e aprendizado.

Este período é entendido por Cruz (1990) como sendo um processo de desenvolvimento normal da mulher, que requer uma reestruturação interna, uma vez que a gravidez pode ser vista como uma experiência regressiva e também de reajustamento social, na qual a mulher precisará desempenhar um novo papel social – de mãe – e, com a chegada do bebê, haverá uma nova identidade familiar, o que, conseqüentemente, trará modificações emocionais e comportamentais ao casal (apud BENINCASA, et al, 2019, p. 238-257).

Na gestação, a mulher passa por diversas alterações no em seu humor, por isso é importante que a escuta e o acolhimento sejam realizados para que a mesma se sinta segura para tirar suas dúvidas em relação a gestação, fator que irá contribuir para a construção da sua subjetividade e do mesmo modo, auxiliando para que tenha um parto tranquilo e saudável (BRASIL, 2012).

Piccinini et al, (2012), realizaram um estudo sobre percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal na qual participaram 36 gestantes de 20 a 35 anos de idade, com escolaridades variadas. Os autores afirmam, com base na análise de dados, que o pré-natal no sistema público do Brasil ainda não é o exemplar, tendo em vista a existência de diversas falhas. Apesar de existirem excelentes profissionais, ainda há uma parcela de médicos que, conforme os relatos, procuram tratar apenas os aspectos físicos da gestação. Sem levar em consideração, os fatores que podem prejudicar o emocional da gestante, como sendo os atrasos nos exames, as consultas desmarcadas, a troca de médicos durante o pré-natal e falta informação.

Nota-se que é indispensável, nesse momento, profissionais de saúde mental que pudessem auxiliar no período pré e pós gestacional que fosse para além das questões médicas e pudesse trabalhar as demandas dos aspectos emocionais da mulher, o medo, a angústia e as incertezas. Com isso, ao dialogarmos referente pré-natal psicológico temos a consciência que é pouco explorado e que poucas gestantes têm acesso a este conhecimento, muitas vezes as dificuldades se encontram através de outros fatores como sua situação financeira, falta de companheirismo do parceiro e falta de informação.

É importante ressaltar que no cenário atual, o longo tempo de espera por consultas, a forma impiedosa com que alguns profissionais tratam suas pacientes, a falta de apoio familiar e a condição financeira podem prejudicar a relação mãe-bebê. Por mais inacreditável que possa parecer, quando a gestante possui uma condição financeira melhor, ela consegue ter um acompanhamento mais específico e especializado, o que não ocorre com as mulheres que se encontram em situação de baixa renda. O pré-natal no sistema público, no Brasil, ainda necessita planejar um tratamento que possa oferecer uma rede de apoio, juntamente com a psicologia buscando enfatizar e humanizar esses atendimentos de modo que todos possam ter acessibilidade na mesma proporção. E. acima de tudo, que as gestantes possam alcançar os objetivos da maternidade e desfrutar desse momento único.

Considerações Finais

Diante deste referido ensaio teórico, procuramos difundir ainda mais o tema que é pouco falado perante a sociedade e compreender como a psicologia pode auxiliar nos procedimentos que envolvem o corpo feminino e a medicalização no período gestacional, para que desta forma possa existir uma evolução maior através da conscientização, sobre os cuidados que estas mães precisam ter, quando fazem uso de medicamentos.

A medicalização está ligada diretamente com o uso dos medicamentos e com o efeito corrente acerca desse ato, o processo de medicalização se refere uma intervenção médica autoritarista, onde os médicos são os detentores do saber. É importante ressaltar, que é de direito de todas as mães saberem qual o tipo de parto vão ter, tanto antes ou na hora. Caso for necessário que haja uma troca necessária entre o parto normal para o cesariano, às mulheres e a família precisam ser informados de todo o procedimento que será feito, o profissional da saúde encarregado de realizar o parto deve passar todo o passo a passo do parto com esta mãe, esclarecer dúvidas e apresentar possíveis hipóteses que podem vir a ocorrer no momento do parto.

Para isso, é preciso uma linguagem que elas possam entender e assim compreender melhor todas as etapas nas quais muitas mulheres passam. Nos casos em que a medicalização se faz necessária, para garantir promoção de saúde as mães e seus filhos, a administração deve ser feita de forma cautelosa para que não haja prejuízos para ambos. Isso deve acontecer tanto na rede privada como na pública, as mães precisam ter a autonomia de escolher o parto que querem, mais claro que com toda a informação sobre os partos e ajuda de seu médico ou equipe que lhe for acompanhar.

Contemporaneamente, existem variados modelos de partos a serem realizados de diferentes formas e condições, nessa lógica a humanização se torna um fator importante nesta prática, visto que a humanização traz consigo um acolhimento para a mulher, conforto, transparência dos procedimentos, um atendimento ético, profissional e de qualidade, visando sempre o bem estar da mãe, do filho e da família que a acompanha. Porém, no cotidiano brasileiro o parto humanizado tem sido realizado por poucos e em espaços privados de saúde, tornando-se um dispositivo biopolítico de capitalização da vida. Sendo assim é de suma importância que esse processo seja feito em todas as instituições de saúde do país, pois é de direito de todos e principalmente das mulheres e gestantes sendo ressaltas nesse ensaio teórico que possam ter acesso a esse processo de humanização, nesse momento tão especial, diferente e confuso, para as tantas mulheres, gestantes e mães que passam por ele.

Apontamos, ainda, o risco da medicação, assim como quando se faz necessário o uso dela, desde que tenha acompanhamento de um profissional adequadamente, para evitar riscos para a mãe e o bebê. Torna-se relevante, porém, compreender que apesar de a medicalização se fazer presente em vários ambientes da nossa vida, seria injusto pensar que os avanços desse aspecto são algo de impacto apenas negativo, como podemos ver os avanços dessa área possibilitou muitos benefícios a várias áreas da medicina e farmacologia, onde proporciona uma qualidade melhor de vida e um aumento na natalidade (LEMOS, GALINDO, RODRIGUES, 2020).

Para finalizar, entendemos ser de suma importância que haja mais trabalhos a respeito deste tema, tanto para a população ficar informada, quanto para o aprendizado de outros profissionais que muitas vezes desconhecem o tema, formas de atuação e não sabem como lidar com este tipo de paciente quando a demanda é apresentada para os mesmos. Há carência de profissionais envolvidos nesta prática e por isso se faz necessário haver mais especializações na área da saúde da mulher, assim como em todo o contexto geral da saúde e principalmente do processo de humanização que está em carência nas redes de atendimento, com isso visamos um alcance genuíno para toda a população ficar informada sobre o tema difundido.

Referências

AQUINO, M. M. A. et al. Conduta obstétrica no óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 1998. v. 20, n.3, p. 145-149.

AMARAL, H. R. M. et al. Repercussões maternas e fetais da analgesia obstétrica: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm.** Montes Claros 2015.

ARRAIS, A. R., ARAUJO, T. C. C. F. PréNatal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, Jun. 2016. v. 19, n. 1, p. 103-116.

AYRES, L. F. A., HENRIQUES, B. D., AMORIM, W. M. A. Representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2018, v.23, n.11.

BARBOSA, M. et al. Mulheres e parteiras tradicionais: Práticas de cuidado durante o processo de parto e nascimento em domicílio, **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 2013.

BENEVIDES, R., PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interfase-comunicação, saúde, educação*. 2005, v.9, n.17.

- BENINCASA, M. et al. O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Rev. SBPH**, São Paulo, jun. 2019. v. 22, n. 1, p. 238-257.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 04 abril 2021.
- BRASIL, Ministério da saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Acesso em: 07setembro 2021.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de saúde Pública*, 1991, v.7. n2.
- BRUM, L. F. S. et al. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, May, 2011. p. 2435-2442.
- CARMO, T. A., NITRINI, S. M. O. O. Prescrição de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**. 2004, v.20, n.4.
- CARVALHO, S. et al. Medicalização: Uma crítica (im)pertinente?. **Rev: Saúde Coletiva**. vol.25, n.4, 2015. p.1251-1269.
- COSTA, D. B., COELHO, H. L. L., SANTOS, D. B. Utilização de medicamentos antes e durante a gestação: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017.
- CHACHAM, A. S. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil, In JACÓ-VILELA, AM., and SATO, L., orgs. *Diálogos em psicologia social*. Rio de Janeiro: **Centro Edelstein de Pesquisa Sociais**, 2012. p. 420-451.
- CRIZÓSTOMO, C. D. et al. Perfil do óbito de natimortos com enfoque nos determinantes maternos. **Rev Pre Infec e Saúde**, 2018.
- FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976) Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Mantins Fontes, 2005.
- FREIRE, M., BONAN, C., NAKANO, A. Medicalização na Gestação e do parto nas páginas da revista Claudia, 1961-1990. **Rev: História, Ciência, SaúdeManguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n 4, Outubro/Dezembro, 2018.
- GOMES, S. C. et al. Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 5, out. 2018. p. 2594-2598.
- GUEDES, A. Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil. **Senadonotícias**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>. Acesso em: 04/10/2020.

HEMOCORD. Biotecnologia. Banco de células-tronco de cordão umbilical. Rio Grande do Sul 2020. Disponível em: <https://hemocord.com.br/>. Acesso em: 05/04/2021.

HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro., HIDALGO-MAESTRE, María., RODRIGUEZ-BORREGO, M. A. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, 2016.

LEMOS, F. C. S. História do espaço e governamentalidade em Michel Foucault. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 36, jun. 2012. p. 138-148.

LEMOS, F. C. S., GALINDO, D., RODRIGUES, R. V. O empresariamento securitário da vida: O complexo tutelar no mercado neoliberal da saúde. Athena digital. **Revista de pensamento e investigação social**. Vol. 16, n. 2, 2016.

LEMOS, F. C. S., GALINDO, D., RODRIGUES, R. V. Medicalização, bioeconomia e processos de subjetivação: algumas considerações sobre a governamentalidade neoliberal no mercado de saúde. **Rev. Mnemosine**, v.16, n.1, 2020.

MONTESCHIO, L. V. C. et al. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. **Ciênc. cuid. saúde**, dez. 2016.

OLIVEIRA, R. S., PERALTA, N., SOUSA, M. J. S. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. Sexualidad, Salud y Sociedad. **Revista Latinoamericana**, n.33, 2019. p. 79-100.

PALHARINI, Luciana A., FIGUEIROA, S. F. M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro Dez. 2018.

PICCININI, C. A. et al. Percepção e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2012.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**. 2017, v.21, n.4.

RIBEIRO, P. M. Empreendedorismo de si e capitalização da vida: das engrenagens do tempo de produção à resistência do homem lento. Niterói: **Mnemosine** Vol.14, nº2, 2018. p. 139-160.

SAO BENTO, P. A. S., SANTOS, R. S. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, dez, 2006.

SILVA, F. et al. “Parto Ideal” Medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, 2019. p.171-184.

SILVEIRA, M. P. T. et al. Uso de medicamentos na internação para o parto: coorte de nascimentos de Pelotas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 2015, v. 53.

SCHMIDT, S. R. G., SCHMIDT, A. P., SCHMIDT, A. P. Anestesia e analgesia de parto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2009, v.93, n. 6, p.169-171.

WALDON, V. R., BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: Relações e significados. **Acta Paulista de enfermagem**. 2011, v.24, n.3.

ZORNANELLI, RT., CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface** (Botucatu), 2018.