

Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil

Synthetic oxytocin and hastening labor: reflections on the synthesis and early use of oxytocin in Brazilian obstetrics

Marina Nucci

Pós-doutoranda, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
marinanucci@gmail.com

Andreza Rodrigues Nakano

Professora, Escola de Enfermagem Anna Nery/
Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
andrezaenfermeira@gmail.com

Luiz Antônio Teixeira

Pesquisador, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; professor,
Universidade Estácio de Sá.
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
luiztei3@gmail.com

Recebido em 26 set. 2017.

Aprovado em 21 fev. 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998.

Resumo

O artigo reflete sobre o processo de medicalização do parto, tendo como foco específico o desenvolvimento da ocitocina sintética em 1953. Investiga a vida social da ocitocina, isto é, sua sintetização, estabilização e uso em obstetrícia para acelerar o trabalho de parto. Por meio do levantamento em dois periódicos brasileiros de obstetrícia da época, é analisado o início do uso da ocitocina sintética no Brasil, a partir do final da década de 1950, e os argumentos dos obstetras acerca da recomendação ou não desse uso. É observada, nesse período, a centralidade cada vez maior do obstetra no parto, bem como a recomendação do uso encadeado de diferentes intervenções – com destaque para a ocitocina – visando menor tempo de trabalho de parto.

Palavras-chave: parto; obstetrícia; ocitocina; hormônios; medicalização.

Abstract

This article reflects on the medicalization of childbirth, focusing on the development of synthetic oxytocin in 1953. Specifically addressed is the social life of oxytocin; in other words, its synthesis, stabilization, and use in obstetrics to hasten labor. Two Brazilian obstetrics journals of this era were surveyed to analyze the early use of synthetic oxytocin in Brazil in the late 1950s, along with obstetric arguments for or against its use. Notable in this period is the increasingly central role of the obstetrician in childbirth, as well as the recommendation to use different interventions linked together (particularly oxytocin) to shorten labor.

Keywords: childbirth; obstetrics; oxytocin; hormones; medicalization.



Desde o final do século XIX é possível observar uma crescente medicalização da sociedade em geral, e da gravidez, parto e nascimento em particular – ou seja, certos fenômenos que não eram considerados da esfera médica passam cada vez mais a fazer parte da “jurisdição” médica (Conrad, 2007). Como apontam Nakano, Bonan e Teixeira (2015, 2016), as práticas de parto e nascimento no Brasil passaram por profundas transformações, sobretudo a partir de meados do século XX, com sua crescente hospitalização e mercantilização. Além disso, avanços tecnológicos em medicina – que vão desde novas tecnologias de reprodução assistida ao ultrassom obstétrico – acentuam ainda mais esse processo.

A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. Sua ação é central no trabalho de parto, já que é responsável pelo estímulo das contrações uterinas, e também na amamentação, pois atua no processo de ejeção do leite. Como veremos ao longo deste artigo, ela foi sintetizada no início da década de 1950, e sua versão sintética e industrial passou a ser utilizada em obstetrícia para induzir e acelerar o trabalho de parto.

Ainda que não seja recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a ocitocina sintética é utilizada de forma rotineira em muitas maternidades brasileiras, com o objetivo de aumentar e acelerar as contrações – questão relatada em diversos trabalhos (Diniz, 2001; Hirsch, 2015; Tornquist, 2004; Leal et al., 2014). Em pesquisa realizada em uma maternidade pública em Salvador, McCallum e Reis (2008) observam que a ocitocina – chamada por suas usuárias de “soro” – era bastante temida pelas mulheres, por aumentar dores e desconfortos. Do mesmo modo, Diniz (2005) revela como a dor do parto torna-se em grande medida iatrogênica, isto é, ela é amplificada quando se faz uso da ocitocina ou outras intervenções rotineiras.

No Brasil, atualmente, ativistas do movimento pelo parto humanizado e pesquisadores em saúde coletiva em geral têm alertado para o excesso de intervenções durante o parto. Diniz e Chacham (2006) argumentam que há um “efeito cascata” no uso de intervenções no parto, uma vez que uma intervenção acabaria por gerar problemas, que por sua vez seriam resolvidos com uma nova intervenção, e assim por diante. Além disso, o país se destaca pelas altas taxas de cirurgia cesariana¹ – 38% dos nascimentos no setor público e 86% do setor privado (Brasil, 2008), apesar de a OMS preconizar uma taxa de 10% a 15% (WHO, 1985).

Neste estudo, partiremos da perspectiva dos estudos sociais da ciência e da tecnologia, em especial da problematização das fronteiras entre natureza e cultura, ciência e sociedade (Haraway, 2009; Fausto-Sterling, 2000; Oudshoorn, 1994), propondo a noção de coprodução, que compreende ciência, tecnologia, cultura e política como elementos imbricados e inseparáveis (Jasanoff, 2004). Nesse sentido, portanto, encaramos a ocitocina como um objeto ao mesmo tempo material e semiótico.

Além disso, a ocitocina é um hormônio produzido pelo corpo feminino e também sintetizado em laboratório. Assim, nosso foco é a sintetização do hormônio e seus usos como tecnologia para a aceleração do parto. Partimos da perspectiva proposta por Whyte, Geeste e Hardon (2002), que compreende fármacos e medicamentos como substâncias com capacidade de produzir efeitos nos corpos; fenômenos que, tais quais as substâncias que o produzem, possuem uma vida social. Nesse sentido, procuraremos refletir sobre o processo

de medicalização do parto do Brasil, tendo como foco específico o desenvolvimento da ocitocina sintética e sua utilização na assistência ao parto. Analisaremos sua chegada ao Brasil no final da década de 1950 e início de 1960, e os argumentos dos obstetras da época acerca da recomendação ou não de seu uso. Encararemos a ocitocina não como um modo isolado de intervenção, mas articulada a outras formas de se intervir e a outras tentativas de controlar o parto, inseridas, portanto, em um processo amplo de medicalização. Assim, a partir da análise do desenvolvimento e utilização de um artefato tecnológico específico, pretendemos lançar luz sobre o processo de medicalização do parto em geral.

Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia e Anais Brasileiros de Ginecologia

Utilizamos como material de investigação e análise dois periódicos brasileiros de obstetrícia dos meados do século XX: a *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia* (RGO) e os *Anais Brasileiros de Ginecologia* (ABG). Essas publicações eram consideradas as mais importantes da área na época, sendo, portanto, bastante influentes entre os obstetras brasileiros. Ambas eram editadas no Rio de Janeiro e contavam com colaboradores de todo o país, e a RGO teve sua sede transferida para São Paulo em seus últimos anos. As duas revistas continham artigos originais em português, além de resumos em português de artigos publicados originalmente em outras línguas em periódicos internacionais. Possuíam também propagandas de laboratórios farmacêuticos, medicamentos e produtos médicos em geral. Tais propagandas também fizeram parte de nossa análise. Realizamos um levantamento entre os anos de 1950 até o último ano de cada uma das revistas (1978, no caso da RGO, e 1969, no caso dos ABG) buscando por publicações – artigos, resumos, notas de eventos e propagandas – que tratassem de temas como uso de ocitócicos ou ocitocina no parto, contratilidade uterina, indução ou narcoaceleração do parto. A escolha da década de 1950 como período inicial de análise se deu pelo fato de a ocitocina ter sido sintetizada em 1953. Assim, procuramos mapear o começo das discussões sobre seu uso no Brasil.

Os ABG foram criados em 1936 por Arnaldo de Moraes, professor catedrático de clínica ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, e eram uma publicação oficial da Sociedade Brasileira de Ginecologia (Teixeira, Löwy, 2011). Foram editados mensalmente até 1969. Já a RGO, também com publicações mensais, durou de 1907 a 1978, tendo sido um dos periódicos médicos brasileiros com mais tempo de circulação. Nos últimos anos, a partir de 1962, passa a representar o órgão oficial da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) (Freitas, 2005).

Após o levantamento, realizado a partir da leitura dos sumários das revistas, foram selecionados para leitura e análise 130 publicações (sendo 63 dos *Anais Brasileiros de Ginecologia* e 67 da *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*). A década de 1960 é a que mais concentrou textos sobre o tema, com 77 artigos levantados. Entre os autores, figuram grandes nomes da obstetrícia brasileira, como Adeodato Filho, Bussamara Neme, Jorge de Rezende, Moyses Paciornik, Otávio Rodrigues Lima. Com o foco de análise sobre a chegada e utilização da ocitocina nos partos, esses autores serão citados considerando como seus argumentos contribuem para a constituição da vida social desse fármaco; portanto, suas trajetórias ou biografias não configuraram objetos de análise.

Acelerando o parto: um histórico da síntese da ocitocina

Do ponto de vista histórico, não é possível pensar no processo de medicalização do corpo feminino e, mais especificamente, da gravidez e do parto, sem analisar o processo de desenvolvimento da medicina voltada para a mulher. As pesquisadoras Fabiola Rohden (2001) e Ana Paula Martins (2004) analisam, no contexto específico brasileiro dos séculos XIX e XX, o desenvolvimento das duas “ciências da mulher”: a ginecologia e a obstetrícia.

Em seu trabalho, Rohden (2001) aponta que o surgimento da ginecologia estava assentado em certa concepção de diferença entre os sexos e gêneros, que pode ser constatada a partir de um interesse diferenciado da medicina pelo que diz respeito a homens e mulheres. Não há, por exemplo, uma disciplina análoga à ginecologia para os homens, uma vez que é apenas quando doente ou fora do normal que o homem deveria ser tratado; no entanto, a mulher deveria ser estudada e tratada mesmo em sua normalidade, encarada como potencialmente patológica por natureza.

Já Martins (2004) analisa o desenvolvimento da obstetrícia observando como os atendimentos obstétricos eram, no Brasil, majoritariamente domiciliares até o final do século XIX, realizados, em sua maioria, por parteiras. No século XX, porém, os obstetras brasileiros começam uma verdadeira campanha de convencimento das seguranças e vantagens do parto hospitalar em relação ao domiciliar. Segundo a autora, foi com essa campanha movida em favor da assistência à gestação e à construção de espaços hospitalares específicos para o atendimento obstétrico e ginecológico que se iniciou de forma efetiva, no Brasil, o processo de medicalização do corpo feminino. Além disso, é importante notar que tal campanha se dava a partir de um discurso moralizador a respeito da maternidade, sustentado pelo conhecimento científico da época.

A medicalização do parto, portanto, está marcada pelo deslocamento do parto do domicílio ao hospital, e das parteiras ao médico obstetra. Mott (2002) afirma que, ao longo do século XX, as maternidades pouco a pouco foram promovidas e aconselhadas como os locais mais seguros para a parturição, ao mesmo tempo que o parto começava a ser visto como um evento médico e potencialmente perigoso, para o qual eram preconizadas intervenções cada vez mais frequentes. Entre as novas técnicas, destacamos, na segunda metade do século, o uso de substâncias para acelerar e abreviar o trabalho de parto, como a ocitocina sintética, que veremos a seguir. Assim, observaremos como tais tecnologias parecem contribuir para o processo de medicalização em geral e, especificamente, para a migração do parto dos domicílios para o hospital e da assistência de parteiras para a de obstetras.

Dos extratos da glândula pituitária à ocitocina sintética “purificada”

Um dos primeiros marcos do conhecimento sobre a ocitocina se deu em 1895, quando George Oliver e Edward Sharpey-Schafer, pesquisadores ingleses, descreveram pela primeira vez alguns efeitos da glândula pituitária, ou hipófise posterior. Em seus estudos, observaram que, ao se injetar extratos da glândula pituitária em mamíferos, a pressão sanguínea se elevava. Esse seria o “efeito pressor” do extrato pituitário, que seria acompanhado também de antidiurese (Magon, Kalra, 2011; Hertog, Groot, Dongen, 2001; Pitts-Taylor, 2016).

Alguns anos depois, em 1906, o farmacologista britânico Henry Dale, também realizando pesquisas em mamíferos, observou que uma substância do extrato era capaz de estimular contrações uterinas. Ao injetar extrato da glândula pituitária em uma gata que estava grávida, Dale fez com que o trabalho de parto se iniciasse. Por isso, deu o nome da substância de ocitocina, a partir da junção dos termos gregos *oxys*, que significa “veloz”, e *tokós*, que significa “parto”. Assim, na obstetrícia, substâncias capazes de “acelerar” o parto, estimulando contrações uterinas, passaram então a ser chamadas de substâncias “ocitócicas”.² Além disso, nesse mesmo período, o preparado do extrato da glândula pituitária passou a ser comercializado e vendido para uso clínico obstétrico sob o nome comercial de Pituitrina (Magon, Kalra, 2011; Hertog, Groot, Dongen, 2001; Pitts-Taylor, 2016).

Nos artigos brasileiros aqui analisados, o preparado do extrato da glândula pituitária, ou Pituitrina, era também chamado, entre os obstetras, pelo apelido de “fórceps líquido”. Isto é, a substância seria uma alternativa ao uso de fórceps, uma espécie de “fórceps bioquímico”. Entretanto, visto como tão potente e eficaz, era também considerado “mais perigoso que a dinamite”, caso fosse utilizado indiscriminadamente, como os trechos abaixo ilustram:

Os ‘desastres e as depredações’ provocadas pela pituitrina granjearam-lhe a ‘dúbia honra de alcinha de fórceps líquido’ (Lima, Kamnitzer, 1965, p.218; destaques nossos).

Os extratos hipofisários constituem o estimulante mais fisiológico que se conhece para o útero humano e corretamente empregados dão magníficos resultados. Porém, podem produzir efeitos fatais para o feto, traduzidos na anoxia grave, e para a mulher rotura do útero, descuidadas certas precauções elementares. ... vez por outra, haverá acidentes com o seu emprego porque é uma ‘substância mais perigosa que a dinamite’ (Rocco, 1957, p.93; destaque nosso).

O ‘fórceps líquido’ teve seus adeptos fervorosos e ‘milhares de fetos pagaram com a vida e centenas de úteros se romperam’ pela sua administração intempestiva e ignorante (Lima, 1962, p.13; segundo destaque nosso).

Maria Lucia Mott (2002) observa que a Pituitrina teria começado a ser utilizada no Brasil na década de 1910. Em nosso material de análise, embora não haja uma data precisa, os autores dos artigos analisados concordam entre si ao dizerem que a Pituitrina era bastante usada na obstetrícia desde o início do século XX. Em artigo publicado em 1957, Serrano observa que o obstetra Fernando Magalhães – considerado o “pai” da obstetrícia brasileira – utilizava-a, no início do século, em combinação com um sedativo, tendo chamado a composição de “Lucina”:

Magalhães usava a pituitrina de então ... precedendo-a de um sedativo da dor contratural, tendo criado mesmo a ‘Lucina’, que era composta de dois elementos, – uma ampola de pantópio, aplicável no início da execução de seu método de parto menos doloroso e abreviado, e outra ampola, de pituitrina, injetada por via intramuscular, de ação rápida, aumentando a contração uterina, sedada sua dor pelo entorpecente injetado vinte minutos antes (Serrano, 1957, p.95-96).

A composição dos extratos pituitários, porém, não era exatamente a mesma da ocitocina tempos depois sintetizada. Isso porque na glândula pituitária há, além da ocitocina, outro hormônio, a vasopressina. Desde que Henry Dale cunhou o nome da substância e relatou

seus efeitos no útero até o isolamento entre ocitocina e vasopressina, seu sequenciamento e síntese, decorreu mais meio século. Primordial no desenvolvimento da pesquisa de Du Vigneaud foi a distinção entre os dois hormônios secretados pela hipófise posterior e suas ações específicas: a ocitocina, responsável pela contração uterina, e a vasopressina, responsável pela elevação da pressão sanguínea e antidiurese. É, portanto, apenas em 1953 que o químico estadunidense Vincent Du Vigneaud sintetiza a molécula (Du Vigneaud et al., 1953a), recebendo, dois anos depois, o prêmio Nobel em reconhecimento.³

Redes e alianças

O processo de isolar a ocitocina é relatado nos artigos brasileiros analisados como um processo de “purificação”, já que a administração dos extratos retro-hipofisários, “além de produzir um aumento da contratilidade uterina, produzia uma série de efeitos secundários” (Grillo, Amaral, Hintz, 1975, p.105), como é possível observar no trecho abaixo:

Durante muitos anos dispuseram os parteiros dos ocitócicos naturais e com eles procuravam insistentemente obter resultados animadores propondo as mais variadas técnicas de sua utilização. ‘As impurezas e imperfeições próprias de tais produtos’ não permitiam, porém, a obtenção de resultados uniformes, dos quais fosse possível tirar conclusões certas. Posteriormente, o aparecimento de ocitócicos de síntese fez recrudescer o interesse nas investigações e, mais recentemente, com o aparecimento dos métodos extrativos dos produtos naturais, estes ‘tornaram-se mais estáveis e puros’ (Ciari Jr., 1967, p.211; destaques nossos).

Esse processo de isolamento e “purificação” é também narrado pelo próprio Du Vigneaud (1956, p.969):

A purificação foi um processo lento, pois a quantidade de princípios ativos na glândula é extremamente pequena, os princípios são instáveis, e os bioensaios envolvidos são muito demorados. Centenas de milhares de glândulas de porco e de carne bovina foram utilizadas durante o curso das investigações.⁴

Foi, portanto, a partir de glândulas bovinas e suínas que a ocitocina foi sintetizada. Em seu clássico trabalho sobre o desenvolvimento da endocrinologia e a invenção e síntese dos chamados hormônios sexuais, Nelly Oudshoorn (1994) analisa as condições materiais para esse desenvolvimento. Assim, a síntese dos hormônios sexuais dependia da disponibilidade de milhões de litros de urina e toneladas de ovários e testículos de animais e do acesso a matadouros e a criadores de animais. Como observa a autora, o acesso a esses materiais para pesquisa – como órgãos, glândulas ou urinas de animais – não seria viável se o cientista estivesse isolado em seu laboratório, mas, ao contrário, só foi possível a partir de uma rede de alianças entre cientistas e a então emergente indústria farmacêutica, que facilitava e mediava esse acesso. Oudshoorn argumenta, então, que uma pergunta aparentemente simples – quais materiais cientistas utilizaram para a síntese dos hormônios? – nos leva a uma análise mais complexa sobre o funcionamento da ciência. Desse modo, a autora chama atenção para a necessidade de se pensar os hormônios, e também os cientistas que os “inventaram” e sintetizaram, como elementos heterogêneos que fazem parte de uma complexa rede de interações.

Oudshoorn se refere a um período anterior, entre o final da década de 1920 e 1930, quando estrogênio (1929), testosterona (1937) e progesterona (1939) foram sintetizados. Assim, podemos imaginar que na década de 1950, quando as pesquisas com a ocitocina foram desenvolvidas, as alianças entre cientistas e indústria farmacêutica já estavam ainda mais estabelecidas. Em diversos artigos, e em seu discurso de agradecimento pelo prêmio Nobel, Du Vigneaud cita a colaboração de laboratórios farmacêuticos como Eli Lilly and Co. e Parke-Davis and Co.⁵

Especificamente ao Parke-Davis, Du Vigneaud agradece também por lhe terem “fornecido material para a preparação da ocitocina purificada” (Du Vigneaud et al., 1953b, p.949). Importante ressaltar aqui que o laboratório Parke-Davis, criado nos EUA no final do século XIX, foi um dos primeiros a comercializar o extrato pituitário, a Pituitrina. Assim, a aliança entre Du Vigneaud e Parke-Davis parece ter sido frutífera para ambos os lados, e, após a síntese da ocitocina, a empresa passa a comercializar a Pitocin, versão sintética “purificada” do hormônio.

Em 1955, pouco tempo depois de Du Vigneaud e equipe publicarem seu estudo, um grupo de pesquisadores coordenado por Roger Boissonnas, que trabalhava no laboratório farmacêutico Sandoz, na Suíça, publica um artigo (Boissonnas et al., 1955) relatando terem obtido uma nova síntese da ocitocina, a partir de um método diferente. Assim, será a Sandoz responsável por comercializar outra versão da ocitocina sintética, embora similar à da Parke-Davis, chamada de Syntocinon.

De início, a ocitocina fabricada pela empresa suíça parece ter tido maior alcance no Brasil. Nos artigos analisados, a maioria dos autores diz ter utilizado ou faz referência ao medicamento Syntocinon, e não ao Pitocin. Há também autores que agradecem expressamente à Sandoz pelo envio de amostras do Syntocinon, indicando a criação de uma rede entre ginecologistas e indústria farmacêutica no Brasil visando à disseminação do produto e ampliação de seu consumo. Além disso, a Sandoz contava também com bastante propaganda, tanto na *Revista de Ginecologia d'Obstetrícia* quanto nos *Anais Brasileiros de Ginecologia*, de outros produtos da empresa vendidos no Brasil.

Em 1959, no número de setembro da *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, aparece pela primeira vez uma grande propaganda do Syntocinon, que pode ser vista na Figura 1 e chama atenção por trazer em destaque a ilustração de um feto em um útero, estando ausentes demais partes do corpo da mulher gestante. Diretamente nesse útero está acoplada uma ampola com o produto. Na figura, portanto, a ausência da gestante contrasta com a presença do maquinário médico-hospitalar e com a ampola de ocitocina. Na propaganda, é ressaltado o pioneirismo da Sandoz, e o Syntocinon aparece como a “primeira realização industrial da síntese da ocitocina” e a “primeira ocitocina obtida por síntese”. Além disso, a informação de que o Syntocinon seria isento do hormônio vasopressina – ao contrário dos extratos utilizados anteriormente – também é destacada. Podemos supor que o Syntocinon tenha chegado ao mercado brasileiro antes do Pitocin, da Parke-Davis, e que, pela data da publicação da propaganda, isso tenha acontecido no fim da década de 1950.

Outra rede de alianças que Oudshoorn descreve no processo de síntese dos hormônios sexuais se deu entre cientistas e clínicos, isto é, médicos que trabalhavam diretamente com assistência. Essa aliança também pode ser observada no caso da ocitocina. Em seu discurso



Figura 1: Propaganda de Syntocinon da Sandoz na *Revista Brasileira d'Obstetrícia* ([Syntocinon], 1959, p.33)

no recebimento do prêmio Nobel, Du Vigneaud (1956, p.973) reconhece a importância dessa colaboração, essencial para os testes visando determinar se os efeitos da ocitocina sintética seriam os mesmos obtidos a partir do extrato da glândula pituitária:

Tivemos a sorte, nesta fase, de contar com a colaboração do grupo Hospital Lying-In do Centro Médico do New York Hospital-Cornell, para pesquisas sobre o uso de nossa ocitocina altamente purificada na indução do trabalho de parto e na ejeção do leite em seres humanos. O produto sintético foi totalmente eficaz no estímulo do trabalho de parto e na ejeção do leite em humanos, e não poderia ser distinguida da ocitocina natural na sua ação.

Oudshoorn argumenta que os hormônios sexuais eram drogas “aguardando” por doenças. Isto é, no momento de sua sintetização havia um potencial ainda inexplorado de uso de estrogênio, progesterona e testosterona para fins diversos, como contracepção,

“terapias sexuais”, ou para uso de mulheres no climatério. A própria pílula anticoncepcional hormonal, por exemplo, só foi desenvolvida e lançada anos depois da sintetização desses hormônios, na década de 1950. Entretanto, pretendemos argumentar aqui que o caso da ocitocina foi diferente. A ocitocina sintética não era uma droga “aguardando” por um fim, mas justamente o oposto. Sua ação ocitócica, isto é, a capacidade de “acelerar” o trabalho de parto, como vimos, já havia sido descrita desde o início do século, e os extratos da glândula pituitária já eram utilizados em obstetrícia, assim como outros produtos com a mesma finalidade (Hertog, Groot, Dongen, 2001). Além disso, a rápida fabricação e comercialização da ocitocina sintética pela indústria farmacêutica – incluindo aí sua exportação para o Brasil – parece também apontar neste sentido, ou seja, para uma rápida “estabilização” da ocitocina.

Outro dado importante que nos permite pensar nas motivações prévias para o uso clínico da ocitocina na obstetrícia é o fato de a sintetização e posterior comercialização da ocitocina terem movido e possibilitado diversos estudos sobre a fisiologia do parto e contratilidade do útero. Um dos trabalhos mais importantes é o dos médicos uruguaios Roberto Caldeyro-Barcia e Hermógenes Alvarez, que se tornam referência no estudo da contratilidade uterina, tendo criado unidades de medida para contabilizar contrações uterinas, chamadas de unidades Montevideú.

Assim, é possível observar, nos periódicos analisados, iniciando-se ainda na década de 1950, uma grande preocupação com o estudo das contrações uterinas. A contração uterina, para os obstetras Jorge Lima e Plínio Ferraz (1965, p.209), por exemplo, “deveria constituir o problema máximo das investigações obstétricas”, sendo um “tema fascinante que provavelmente trará a solução de muitas questões para o obstetra” (p.214). Tais estudos teriam como aplicação prática “intervir na evolução do trabalho de parto, corrigindo discinesias [distúrbios da atividade motora], acelerando-o, ora mesmo induzindo-o” (Gameleira, 1965, p.304).

Cabe refletirmos aqui sobre como as pesquisas acerca da contratilidade uterina acabam por engendrar definições de normalidade e anormalidade, definindo, por exemplo, quais seriam as “melhores características” da contratilidade para um “parto normal e rápido” (Caldeyro-Barcia, Alvarez, Reynolds, 1951, p.335). Do mesmo modo, havia na época diversas pesquisas, sobretudo no Uruguai, procurando determinar a duração ideal do trabalho de parto, em uma tentativa de se definir também anormalidades, como um “parto prolongado”. É interessante notar como a ocitocina sintética pode atuar duplamente nesse sentido. Por um lado, ela auxilia a realização de pesquisas como a de Alvarez e Caldeyro-Barcia, de mensuração das contrações uterinas, que, por sua vez, irão contribuir para a definição de ideais de normalidade. Ao mesmo tempo, por ser capaz de “acelerar” o trabalho de parto, ela possibilita um novo padrão de comparação, ou seja, uma noção diferente de temporalidade no parto, mais “acelerada”.

A ocitocina e a hospitalização do parto no Brasil

Nesse período, começa a se delinear no contexto brasileiro também o conceito de “narcoaceleração” do parto, como é possível ver a seguir:

Por toda parte, obstetras buscam o encurtamento dos vários períodos do parto, no interesse de poupar sofrimento inútil e prolongado à mulher-mãe. Assim, surgiram diferentes métodos de aceleração do parto, quase todos se valendo, ou da ação de ocitócicos isoladamente, ou combinados com métodos analgésicos e recursos tocúrgicos (Serrano, 1957, p.96).

A preconização da aceleração do parto pode ser lida como uma recomendação clara ao parto no hospital, contrapondo-se ao parto domiciliar. Como coloca Rogério Rocco (1957, p.92): “Não é aconselhável a aceleração do parto na prática domiciliária, pois, exige-se para isso equipamento de oxigenação e possibilidades para realizar a qualquer momento intervenções obstétricas e resolver as dificuldades, de imediato, pela via alta [por meio de uma cesárea]”. Além disso, o parto hospitalar era também indicado, em alguns artigos analisados, como pré-requisito para a aceleração do parto. Tal indicação ainda incluía, por exemplo, “aprimorada experiência obstétrica” e “vigilância acurada”, devendo a paciente estar em constante observação, com medições frequentes de pressão arterial, pulso, temperatura, bem como audição dos batimentos cardíacos do feto (Rocco, 1957; Silveira et al., 1965).

Na segunda década do século XX, nas maiores cidades brasileiras, intensificou-se o surgimento de casas de saúde e policlínicas privadas e filantrópicas, ampliando a assistência hospitalar, antes restrita aos pobres, também às camadas médias. No entanto, nesse período, os tratamentos cirúrgicos e obstétricos ainda se mantinham de forma domiciliar (Vieira, 1983). A partir da década de 1950, o atendimento hospitalar passaria por grande ampliação. Seguindo a concepção norte-americana que postulava a construção de grandes hospitais para concentrar o atendimento médico a diversos agravos, começaram a ser construídos grande número de hospitais, casas de saúde e maternidades, muitos dos quais vinculados aos institutos de saúde previdenciária.

Na segunda metade do século XX, as camadas médias das áreas urbanas passam a ter nos hospitais o principal espaço direcionado à saúde. Nesse contexto, o parto também passa a ser caracterizado como um evento hospitalar, processo que teve como uma de suas bases o fortalecimento da medicina previdenciária, então caracterizada por um conjunto de instituições (institutos de aposentadorias e pensões) vinculadas a diferentes categorias profissionais e mantidas por recursos dos trabalhadores, patrões e do Estado e pela ampliação do número de maternidades e casas de saúde privadas, para o atendimento das camadas com maior poder aquisitivo (Oliveira, Teixeira, 1985).

A entrada da parturição no universo hospitalar faz com que sua dinâmica, cada vez mais, tivesse que acompanhar os imperativos organizativos da instituição. Desde o século XIX, os hospitais tiveram importante papel na criação de uma gestão burocrática das doenças, organizando conhecimentos, comunicação e práticas para a gestão dos corpos (Rosenberg, 2002). Tal gestão teve como uma de suas bases o diagnóstico, ampliando-se também para a criação de protocolos que visam estandardizar os procedimentos, tendo como um de seus objetivos a gestão do tempo de permanência na instituição. Nesse espaço institucional, o uso da ocitocina na gestão do tempo do nascimento passaria a ter lugar de destaque. De início, as justificativas para a sua utilização tiveram como base o conforto das parturientes, a diminuição do tempo de seu sofrimento e a redução de seu tempo de estada na sala de

partos para diminuir as possibilidades de infecção. Em seguida, seu uso passaria a ser postulado como rotineiro, como é possível observar nos trechos abaixo:

A principal indicação da narcoaceleração é um término rápido do parto, englobando vantagens para parturiente quem não sofre dores e ansiedades; para o feto que se livra dos embates a que é submetido o seu polo cefálico, na contração uterina intermitente, por horas a fio; e para o obstetra, que economiza energias físicas e mentais para melhor entregá-las em casos outros (Carvalho, Aleixo, 1966, p.93).

É método de que pode lançar mão, de rotina, o obstetra, desde que se cumpram as condições de praticabilidade (p.100).

Assim, a aliança entre as demandas organizacionais dos hospitais e as possibilidades abertas pelo uso da ocitocina potencializou a rápida ampliação de seu uso.

A ocitocina no parto e o debate entre “abstencionistas” e “intervencionistas”

Nos artigos analisados, podemos perceber se delinear no final da década de 1950, intensificando-se na década seguinte, uma controvérsia entre dois modelos de assistência: um denominado “abstencionista” e outro “ativista” ou “intervencionista”, como ilustra o trecho a seguir:

Sempre houve e sempre haverá modalidades extremas de pensamento a moldarem, a seu talante, a assistência ao parto; indo do abstencionismo total ao ativismo desenfreado. ... Entre tais extremos movimenta-se o grupo majoritário dos moderados, em prudente moção pendular, sempre atraída pela moda vigente (Lima, Kamnitzer, 1965, p.216).

Cabe destacar que, no material analisado, o “abstencionismo” é menos defendido e valorizado do que o modelo “ativista”. Porém, é possível observar que, ainda que o modelo ativista seja majoritário entre os obstetras que publicam nas revistas, parece haver ainda a necessidade de legitimá-lo e defendê-lo, o que se revela pelo número expressivo de críticas ao abstencionismo. Entre os médicos defensores do intervencionismo, o modelo abstencionista é tido como arcaico e retrógrado, antigo dogma da “obstetrícia clássica”; em sentido inverso, o uso de intervenções seria mais “moderno” e, por isso mesmo, melhor:

Por mais que se estigmatize o abstencionismo retrógrado, permanecem seus guardiões irredutíveis em abandoná-lo, presos a filosofia conservadora e arcaica, insensíveis à mudança que se opera na mentalidade médica atual, essencialmente profilática. Filiados a essa moderna concepção dos fatos, interviremos sempre que se tornar necessário preservar as normais condições da parturição, intimamente ligadas à supressão da dor e à aceleração do trabalho (Silveira et al., 1965, p.60).

Prevalcia, até há pouco tempo, a opinião de que um ato considerado como um dos mais fisiológicos deveria efetivar-se sem o menor artifício. A abstenção imperturbável nessas circunstâncias foi um dos principais dogmas da Obstetrícia clássica. A antiga arte era puramente extrativa (Rocco, 1962, p.205).

O “ativismo” do obstetra no parto – isto é, uma postura “ativa”, fazendo uso das mais diferentes técnicas interventivas existentes, e não uma postura “passiva” de espera – é

encarado, pelos médicos que o defendem, como fruto do progresso da obstetrícia, que teria demolido seus “mitos tradicionais” (Bastos Filho, 1962, p.156). Também de acordo com os mesmos defensores, antes disso, no modelo abstencionista, aos obstetras caberia apenas: “‘aguardar’ paciente, confiante e consciente a parturição espontânea, ‘morosa pela progressão milimétrica do trabalho’” (Bastos Filho, 1962, p.155; destaques nossos). Assim, para eles, seriam os novos estudos da fisiologia da gestação e do parto e os novos recursos terapêuticos – entre os quais se destacava a ocitocina sintética – que teriam possibilitado a mudança no modelo de assistência obstétrica. O trecho abaixo se refere aos novos medicamentos como enriquecedores do “arsenal obstétrico”, possibilitando uma atividade menos passiva do médico em relação ao parto:

Em face dos conhecimentos atuais da dinâmica da parturição, especialmente da fisiologia uterina, dos recursos que os modernos medicamentos que vieram enriquecer o ‘arsenal obstétrico’ são capazes de proporcionar ..., é imperioso que o obstetra de hoje abandone sua atitude de passividade extrema frente ao parto normal (Ribeiro, 1962, p.103; destaque nosso).

Em sua pesquisa sobre a obstetrícia no Brasil na passagem do século XIX para o XX, Ana Paula Martins (2004) observa que no período não havia, entre as principais escolas de obstetrícia do país, uma orientação intervencionista. Vigorava, ao contrário, uma espécie de “expectação armada”, uma vez que instrumentos e técnicas que possibilitavam a intervenção em partos complicados eram conhecidos e razoavelmente colocados em prática, mas não se fundamentavam na crença de uma supremacia da tecnologia ou da destreza do obstetra. Entretanto, no período analisado por nós, como podemos observar, tais concepções de obstetrícia começam a se modificar. O trecho a seguir, do obstetra Francisco Greele, defende e justifica a postura intervencionista, expondo a oposição entre “passividade” – ligada ao “atraso” – e “atividade” – ligada ao “avanço”, “modernidade” e “cientificidade” – do obstetra no atendimento ao parto. O que se está argumentando, portanto, é a favor de um maior protagonismo do obstetra, que deve conduzir e comandar o parto:

Na Obstetrícia atual, a condução do parto exprime a antítese da orientação tradicional. Nesta, mercê do empirismo de seus conceitos, dominava uma atitude de absoluto abstencionismo. ‘Respeitava-se’ a bolsa amniótica, considerada que era como o fulcro do mecanismo da dilatação, ‘aguardava-se’ a expulsão espontânea do feto, ‘aceitava-se’ a inevitabilidade da dor, defendia-se o períneo, temia-se interferir no secundamento, já que a infecção cobrava elevado tributo. Demolidos os mitos tradicionais, calcados em bases fisiológicas seus conceitos, emprestada maior importância ao componente psicológico da mulher, anuladas as restrições impostas pelo espantinho da infecção, prima a moderna escola obstétrica por um sadio ativismo no processo da parturição. O obstetra, de ‘mero espectador’ que era, ‘tomou-lhe as rédeas’, passando a conduzir e dirigir magnífico dispositivo funcional de que a natureza dotou a mulher, e não satisfeito em ‘comandar’ o parto, derrubou mais um dos tabus, ao chamar a si a iniciativa de desencadeá-lo na forma mais completa de sua condução, a indução (Greele, 1961, p.96; destaques no original).

Já entre a minoria que condenava as intervenções no parto – especialmente o uso de ocitócicos para acelerar ou induzir o parto –, o argumento mais utilizado era de que essa

seria uma atitude perigosa e que visaria apenas à comodidade do médico parteiro, como ilustram os trechos abaixo, de dois diferentes artigos:

A aceleração do parto que evolue normalmente, sem complicações, só para satisfazer a comodidade do pessoal atendente, não se justifica. Referimo-nos ao uso de drogas ocitócicas de qualquer natureza com esta finalidade (Novis, 1957, p.1015).

Nos Estados Unidos, certos parteiros reúnem todas as suas clientes prestes a dar à luz e lhes provocam o parto antecipadamente, a fim de que se não vejam privados de excursões, pescarias, passeios e prazeres próprios do fim de semana. E assim aos lotes, mais ou menos numerosos, são as gestantes docilmente internadas, a fim de sofrerem a violência inaudita de um parto extemporâneo, somente para que o seu parteiro goze as delícias do *week-end!*

Sob o ponto de vista da técnica, esta conduta é passível de censura, em consequência de erros possíveis no cálculo da idade da gestação, podendo resultar prematuro, cuja resistência perante as condições adversas do ambiente, sendo precária, culminará na perda da vida fetal.

Censurável ainda sob o ponto de vista da ética, pois não se pode justificar tal conduta por motivo fútil, pelos anseios subalternos do parteiro, do seu conforto, comodidade, para não perder alegres *week-ends* (Correa, 1955, p.26).

O obstetra Clovis Correa (1955, p.26) continua seu argumento dizendo que o interesse da parturiente deve ter primazia sobre todos os outros e que, “Nessa ordem de ideias, poderíamos justificar operações cesarianas, em virtude do cansaço do parteiro pelo fato de ter outros compromissos ou se sentir enfadado”. Intervir no parto com vistas a acelerá-lo ou antecipá-lo por motivos “fúteis”, ou seja, não vinculado às necessidades da parturiente, era ação criticada pelos “abstencionistas”. Correa era um dos principais defensores da corrente abstencionista, sendo obstetra notadamente conhecido na época pela defesa do que chamava de “naturalização” do parto, criticando o uso corriqueiro de intervenções como fórceps, por exemplo (Correa, 1924).

Entre os médicos partidários do modelo “ativista” – especialmente no que diz respeito ao uso de intervenções como a ocitocina para acelerar ou induzir o parto – havia também a preocupação em defender o modelo diante do argumento de que o parto, por ser um evento fisiológico e natural, não necessitaria de intervenções. Para Adeodato Filho e colaboradores, por exemplo, ainda que o parto seja um evento fisiológico, ele é uma atividade fisiológica “*sui generis*”, logo:

Mesmo nos limites da mais estrita normalidade, submete a mulher a sofrimentos e traumatismos não desprezíveis; ‘costuma com tanta frequência ser desviada do normal’, sujeita a tanta e tão frequentes complicações, que ‘constitui por si só um risco’ (Adeodato Filho et al., 1963, p.2-3; destaques nossos).

Os autores seguem seu argumento em favor da intervenção, comparando o parto a doenças como câncer e tuberculose: “Doenças geralmente tidas por graves também podem se curar pelas próprias forças da natureza; assim a tuberculose, o tifo e, mais raramente, até o câncer; nem por isto deixam de ser doenças” (Adeodato Filho et al., 1963, p.3-4). O que os autores estão defendendo é, portanto, nas palavras de Ferraz (1957, p.101): “o abandono dessa atitude de passividade à evolução do parto, subordinado exclusivamente

ao determinismo da natureza, procurando encurtá-lo mediante ... o judicioso emprego dos mais variados recursos terapêuticos”.

Embora o mote seja romper a passividade e dominar a natureza, o argumento utilizado é o de que a ocitocina sintética, ou Pitocina, seria uma substância capaz de “imitar a natureza”, (re)produzindo contrações uterinas do parto normal:

a ocitocina, administrada por via intravenosa de forma contínua e em doses adequadas, é ‘capaz de reproduzir a contratilidade uterina do parto normal’, devendo-se empregar os preparados que contenham a ocitocina mais pura possível (Andrade et al., 1966, p.282; destaques nossos).

Ao utilizar solução concentrada de ocitocina, velozmente perfundida, pretendemos ‘imitar a natureza, suscitando contrações idênticas’ às da expulsão e acelerar o parto (Silveira et al., 1965, p.65; destaques nossos).

‘A pitocina apenas simula ou imita o que faz a natureza’ durante o mecanismo do trabalho de parto normal (Soichet, 1956, p.164; destaques nossos).

Se, para alguns, a natureza do parto seria *sui generis*, justificando a intervenção médica, para outros, da mesma forma, ele seria um fenômeno “cheio de paradoxos e contradições”:

Na verdade é o ato da parturição um ‘fenômeno misterioso cheio de paradoxos e contradições’. O parto se dá pela graça de Deus, estatuíam os antigos, facilmente, com, sem, e apesar de qualquer assistência: todavia sem essa graça peculiar ele simplesmente não se dá. E, mais, de parto também se pode morrer. Muitas outras vezes, é certo, ele se consuma, ‘embora à custa de grande sofrimento. O parto é ora rápido ora lento, tedioso e aflitivo, constituindo transe que requer auxílio e alívio’ (Lima, Kamnitzer, 1965, p.216; destaques nossos).

A justificativa para as intervenções, assim, viria pela própria natureza imprevisível do parto – ora rápido, ora lento, às vezes com “a graça de Deus” e outras não. Entretanto, o que seria “previsível” no parto seria a dor e o sofrimento da parturiente, fazendo com o que o parto mais rápido, apoiado em intervenções, seja a solução:

Mas é a dor quem domina, incomoda e horroriza. Daí a preocupação com o parto rápido. ‘Parto rápido equivale a menos dor ou sofrimento’ e, sobretudo, é conveniente e cômodo para o parteiro além de prometer melhores perspectivas para o feto (Lima, Kamnitzer, 1965, p.217; destaque nosso).

Acelerar o parto, tornando-o do mesmo passo, menos doloroso ou mesmo indolor é princípio de boa obstetrícia (p.220).

Desta forma, intervenções no parto a fim de acelerá-lo passam a ser vistas como dever do obstetra, por “abreviar o sofrimento” da parturiente. Como coloca Rocco (1957, p.91-92), a finalidade do obstetra é “conseguir um parto sempre mais rápido e indolor, sem os percalços dos trabalhos parturientes excessivamente céleres”. Os trechos a seguir reforçam essa ideia:

O parto pela sua natureza longa e cansativa, sempre constituiu preocupação do tocólogo, portanto, torná-lo mais breve e mais suportável para a parturiente é a nossa meta principal (Ferraz, 1957, p.101).

Conduzir o parto, abreviando a sua duração e levando-o a um epílogo feliz, foi sempre a grande ambição do obstetra (Bastos Filho, 1962, p.155).

Martins e colegas, em artigo publicado em 1977, vão ainda mais além, dizendo ser inadmissível o parto que evolua “a seu bel prazer”:

Não mais se admite que o parto seja doloroso e que ‘evolua a seu bel prazer’. A interferência do obstetra na condução do parto é hoje uma ‘obrigação’, mais do que isto, ‘um dever’. O parto não pode e nem deve evoluir sem que haja a orientação do obstetra procurando diminuir as dores, procurando diminuir o tempo de trabalho, procurando corrigir as anormalidades, procurando dar o apoio e a assistência psíquica às parturientes (Martins et al., 1977, p.132; destaques nossos).

Assim, as citações acima revelam que, no período analisado, um novo modelo de assistência obstétrica – a saber, com maior centralidade do médico e maior uso de intervenções no parto – começa a ser amplamente defendido e propagado nas principais revistas brasileiras da área.

Ocitocina: um elo em uma “cadeia de intervenções”

Importante destacar que não é possível isolar o uso da ocitocina de outras intervenções no parto, uma vez que seu uso na narcoaceleração é associado a uma série de intervenções – algumas mais diretamente ligadas à ocitocina, outras menos –, descritas em detalhes nos artigos analisados, que se iniciam com a “lavagem intestinal, tricotomia [raspagem dos pelos pubianos] e antissepsia dos órgãos genitais externos” (Ribeiro, 1962). É preconizada também uma maior monitoração da gestante e do feto. Os batimentos fetais devem ser verificados com frequência com o estetoscópio de Pinard. Além disso, os autores afirmam a necessidade de avaliação frequente do progresso da dilatação cervical, com a prática de exames vaginais ou retais, e a administração de oxigênio como rotina, para prevenir a anoxia fetal durante o trabalho de parto.

A bolsa d’água é encarada como um “estorvo à boa marcha do parto” (Ribeiro, 1962) e deve ser rompida pelo obstetra (procedimento chamado de amniotomia) para acelerar o parto. Trata-se, como é possível observar a seguir, de mais uma forma de intervir no processo de parturição e de um aumento do protagonismo do obstetra:

A rotura artificial precoce das membranas é medida rotineira em qualquer planejamento diretor do parto. Ao praticá-la, ‘assumimos a iniciativa’ do processo da parturição, precipitando a entrada em cena de momentos fisiológicos da atividade miométrial, que de outra forma se sucederiam com a ‘indesejável lentidão natural’ (Greele, 1961, p.97; destaques nossos).

Sobre o posicionamento da parturiente ao dar à luz, a posição preferível seria a de “litotomia” (deitada de barriga para cima, com as pernas abertas e flexionadas), pois: “Alarga e expõe melhor o períneo e dá ‘liberdade de movimento ao médico’. Facilita a infiltração local anestésica, assim como a episiotomia e sua sutura” (Adeodato Filho et al., 1963, p.11; destaque nosso). Cabe notar que a maior liberdade de movimento para o médico, nesse caso, opõe-se necessariamente à liberdade de movimento da parturiente. Vemos, portanto,

que o médico, do mesmo modo que observa Emily Martin (2006), passa a interferir cada vez mais no parto a partir do uso de diferentes técnicas e tecnologias. Ao mesmo tempo, a mulher vai sendo relegada a um segundo plano, encarada como possuidora de uma “máquina” que deverá ser “consertada” ou “aprimorada” pelo obstetra. A aceleração do parto com ocitocina teria, porém, um inconveniente, o aumento da dor, que por sua vez poderia ser diminuída com o uso de anestésicos. Nas palavras de Lima e Kamnitzer (1965, p.217): “Daí a necessidade aparente da associação de ocitócicos e anestésicos; um a reclamar a ação complementar do outro”.

A episiotomia é bastante defendida entre os autores analisados, constando como indicação para todas as primíparas, ou múltíparas que tenham tido episiotomia em algum parto anterior, e sendo considerada “ponto pacífico”:

Felizmente, está se generalizando cada vez mais o seu uso [da episiotomia]. As clássicas e obsoletas manobras ditas de ‘proteção do períneo’ cederam lugar, na atualidade, à prática alargada da episiotomia. Não nos deteremos em considerações sobre o assunto que, atualmente, parece constituir ponto pacífico. Diremos apenas que ela tem uma dupla finalidade: a terminação mais rápida do parto, poupando o feto de um traumatismo inútil e perigoso e possibilitando uma melhor recomposição das partes moles, de grande importância para o futuro da mulher (Ribeiro, 1962, p.110-111; destaques no original).

Outra prática bastante aludida é a manobra de Kristeller, em que o obstetra ou algum auxiliar aplica força sobre a barriga da mulher, durante a contração uterina. A manobra de Kristeller seria recomendada, sobretudo, nos casos em que a parturiente, por estar anestesiada, necessitaria de “complementação de seus esforços expulsivos” (Silveira et al., 1965, p.63).

Considerações finais

Para concluir, procuramos, neste artigo, refletir sobre a “vida social” da ocitocina sintética, isto é, sua sintetização, estabilização e uso em obstetria a fim de acelerar o parto. Compreendemos a ocitocina como um objeto ao mesmo tempo material e semiótico, que coaduna concepções sobre gênero e o corpo feminino. Argumentamos que, longe de encarar seu uso como uma intervenção isolada, devemos articular tal tecnologia às demais formas obstétricas de se agir sobre o nascimento, refletindo sobre o processo de medicalização de maneira mais ampla. Assim, ao analisarmos a ocitocina, foi possível refletir sobre a ampliação, ao longo do período estudado, das intervenções médicas no parto.

Como afirma Oudshoorn (2004), ao pensarmos nas redes heterogêneas em torno de novas tecnologias, não podemos nos esquecer das normas e valores culturais fundamentais para assegurar as relações entre os elementos dessas redes. Assim, ao investigar o uso da ocitocina a partir do final da década de 1950 no Brasil, portanto, interessou-nos também analisar os discursos dos obstetras que, no mesmo período, defendiam uma postura “intervencionista” e “ativista” no parto, considerada por eles como mais “moderna”. Nesse sentido, é interessante observar como a recomendação de uma postura mais “ativa” do médico demanda, em oposição, uma maior passividade da parturiente quanto ao uso de

mais intervenções e maior monitoramento médico. Um bom exemplo é a recomendação de que a gestante dê à luz em posição de litotomia, a fim de dar maior visibilidade e liberdade de movimento “ao médico”.

Assim, podemos ver se desenhar, a partir do final da década de 1950 e, principalmente, ao longo da década de 1960, a recomendação cada vez maior da centralidade do obstetra, bem como do encadeamento de diferentes intervenções visando a um menor tempo de trabalho de parto. Além disso, a própria noção do que deveria ser o papel do obstetra passa a ser questionada e ressignificada: uma vez que o parto é encarado como potencialmente perigoso, imprevisível e sempre causador de dor e sofrimento à parturiente, a melhor solução seria abreviá-lo, tornando-o mais rápido e o mais indolor possível, pela conjugação em especial da ocitocina sintética e de anestesia. Por fim, foi nesse período também, sobretudo a partir das pesquisas dos médicos Caldeyro-Barcia e Alvarez, que novas definições de normalidade no parto foram engendradas, e que dizem respeito principalmente ao tempo ideal de duração do trabalho de parto. Outras ideias vinculadas à ocitocina que circularam no período analisado – como a possibilidade de, com a indução com ocitocina, alcançar “o parto com hora marcada” (Paciornik, 1961) – não tiveram tanto eco como a aceleração do trabalho de parto. Nesse sentido, abreviar o parto impunha uma nova normalidade sobre o processo de nascimento, sem, contudo, romper com o seu início espontâneo.

Com este estudo buscamos lançar luz sobre o processo de assimilação da ocitocina na assistência ao parto e sua composição, junto a outras intervenções, do que na atualidade tem sido nomeado como “efeito cascata” (Diniz, Chacham, 2006). A sucessão de intervenções de rotina – tricotomia, enema, episiotomia e ocitocina – tem sido questionada, em especial no movimento pelo parto humanizado, que tem colocado em pauta os debates sobre os direitos sexuais e reprodutivos, assim como a autonomia da mulher sobre seu corpo, também no momento do parto (Tornquist, 2004; Carneiro, 2011). Ao analisarmos os argumentos que acompanharam a chegada da ocitocina sintética no Brasil, encontramos que a narcoaceleração atendeu a interesses distantes daqueles das parturientes e aprofundou o processo já em curso de um posicionamento ativo do obstetra diante do parto. Refletindo sobre a chegada deste recurso na assistência ao parto esperamos que possam ser elaboradas novas questões que pautem os objetos que materializam as intervenções e o processo de medicalização do parto.

NOTAS

¹ Para a discussão sobre cesarianas no Brasil, ver Nakano, Bonan e Teixeira (2015).

² A ocitocina é a principal substância com propriedade ocitócica utilizada no parto, mas não a única. Encontramos, nos periódicos analisados, diversos relatos indicando o uso, desde o século XVIII, de extratos do “esporão de centeio” – fungo parasita rico em alcaloides, que ataca o centeio. Nos artigos analisados, é considerado por alguns uma “velha beberagem de renegada memória” (Lima, 1962, p.13) por conter substâncias tóxicas. Posteriormente, em meados da década de 1950, do esporão de centeio foram descobertos a ergotamina e ergonovina, e depois desenvolvida a metil-ergonovina, utilizada até hoje em obstetrícia no terceiro estágio do trabalho de parto, na saída da placenta.

³ Du Vigneaud iniciou seu trabalho investigando não a ocitocina, mas a insulina, trinta anos antes, na Universidade de Illinois. O trabalho com a insulina despertou seu interesse em outros hormônios, e havia indicações na literatura de que a ocitocina, assim como a insulina, seria um polipeptídeo (isto é, composto

por uma cadeia de múltiplos aminoácidos), e que também conteria enxofre em suas preparações. Em 1932, então, ele começa a realizar explorações preliminares utilizando a mesma técnica empregada anteriormente com a insulina (Du Vigneaud, 1956).

⁴ Nesta e nas demais citações de textos publicados em outros idiomas, a tradução é livre.

⁵ Ver, por exemplo, Du Vigneaud et al. (1953a, 1953b); Du Vigneaud (1956).

REFERÊNCIAS

- ADEODATO FILHO, José et al.
Condução do parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetria*, n.7, p.1-16. 1963.
- ANDRADE, Amaury et al.
Observações sobre a narcoaceleração no trabalho de parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetria*, n.11, p.277-302. 1966.
- BASTOS FILHO, Godofredo.
O período expulsivo nas primíparas. *Revista de Ginecologia e d'Obstetria*, n.4, p.155-158. 1962.
- BOISSONNAS, Robert et al.
Une nouvelle synthèse de l'oxytocine. *Helvetica Chimica Acta*, v.38, n.179, p.1.491-1.501. 1955.
- BRASIL.
Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006: relatório*. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
- CALDEYRO-BARCIA, Roberto; ALVAREZ, Hermógenes; REYNOLDS, Samuel.
Melhor compreensão da contratilidade uterina pelo registro simultâneo com um método interno e outro externo. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, n.6, p.334-335. 1951.
- CARNEIRO, Rosamaria.
Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2011.
- CARVALHO, Alfredo; ALEIXO, Pedro Luiz.
A narcoaceleração na Pró-Matre. *Revista de Ginecologia e d'Obstetria*, n.2, p.91-100. 1966.
- CIARI JR., Cyro.
Investigação clínica sobre uma associação de ocitócicos de síntese e natural. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, n.9, p.209-234. 1967.
- CONRAD, Peter.
The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2007.
- CORREA, Clovis.
Editorial: Assistência ao parto. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, n.7, p.25-32. 1955.
- CORREA, Clovis.
Naturalização do parto: livre docência de clínica obstétrica. Rio de Janeiro: Empresa Gráfica Editora. 1924.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo.
Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.10, v.3, p.627-637. 2005.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo.
Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra.
O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, n.1, v.1, p.80-91. 2006.
- DU VIGNEAUD, Vincent.
Trail of sulfur research: from insulin to oxytocin. *Science*, v.123, n.3.205, p.967-974. 1956.
- DU VIGNEAUD, Vincent et al.
The synthesis of an octapeptide amide with the hormonal activity of oxytocin. *Journal of the American Chemical Society*, v.75, n.19, p.4.879-4.880. 1953a.
- DU VIGNEAUD, Vincent et al.
The sequence of amino acids in oxytocin, with a proposal for the structure of oxytocin. *Journal of Biological Chemistry*, v.205, p.949-957. 1953b.
- FAUSTO-STERLING, Anne.
Sexing the body. Nova York: Basic Books. 2000.
- FERRAZ, Plínio.
Parto dirigido: aceleração do parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetria*, n.7, p.1.011-1.014. 1957.
- FREITAS, Patrícia.
Corpos de mulheres em (re)vista: a representação da menopausa na Revista de Ginecologia e d'Obstetria, 1907-1978. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.

- GAMELEIRA, Flávio.
Nossa experiência com a associação ocitocina-metilergonovina na condução do delivramento. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.6, p.304-307. 1965.
- GREELE, Francisco.
Condução do parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.2, p.96-102. 1961.
- GRILLO, Bruno; AMARAL, Cristóvam; HINTZ, Essenfelder.
Desamino-ocitocina: nossa experiência na indução e condução do parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.5-6, p.105-113. 1975.
- HARAWAY, Donna.
Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Haraway, Donna; Hunzru, Hari; Tadeu, Tomaz (Org.). *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica. p.33-118. 2009.
- HERTOG, Christian; GROOT, Akousa.; DONGEN, Pieter.
History and use of oxytocics. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, n.94, p.8-12. 2001.
- HIRSCH, Olivia.
O parto "natural" e "humanizado" na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas*, v.15, n.2, p.229-249. 2015.
- JASANOFF, Sheila.
The idiom of co-production. In: Jasanoff, Sheila. *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge. p.1-12. 2004.
- LEAL, Maria do Carmo et al.
Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Ensp. 2014.
- LIMA, Octávio Rodrigues.
Assistência do período expulsivo. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.1, p.7-14. 1962.
- LIMA, Jorge; FERRAZ, Plínio Tisi.
Atualização do estudo da contração uterina à luz dos conhecimentos de fisiopatologia e embriologia do útero. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.10, p.209-215. 1965.
- LIMA, Jorge Rodrigues; KAMNITZER, Mario.
Reflexões sobre a chamada narcoaceleração do parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.10, p.216-221. 1965.
- MAGON, Navneet; KALRA, Sanjay.
The orgasmic history of oxytocin: love, lust, and labor. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, v.15, sup.3, p.S156-S161. 2011.
- MARTIN, Emily.
A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.
- MARTINS, Ana Paula.
Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.
- MARTINS, Antonio et al.
Dramamine no trabalho de parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.11-12, p.132-134. 1977.
- MCCALLUM, Cecilia; REIS, Ana Paula.
Users' and providers' perspectives on technological procedures for "normal" childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *Salud Publica de Mexico*, v.50, n.1, p.40-48. 2008.
- MOTT, Maria Lúcia.
Assistência ao parto: do domicílio ao hospital, 1830-1960. *Projeto História*, n.25, p.197-219. 2002.
- NAKANO, Andreza; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz.
Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.23, n.1, p.155-172. 2016.
- NAKANO, Andreza; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz.
A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*, v.25, n.3, p.885-904. 2015.
- NOVIS, Ary.
Meios aceleradores do parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.7, p.1.015-1.020. 1957.
- OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia.
(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes. 1985.
- OUDSHOORN, Nelly.
Astronauts in the sperm world: the renegotiation of masculine identities in discourses on male contraceptives. *Men and Masculinity*, n.6, v.4, p.349-367. 2004.
- OUDSHOORN, Nelly.
Beyond the natural body: an archeology of sex hormones. London: Routledge. 1994.
- PACIORNIK, Moyses.
O parto com hora marcada. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.2, p.103-168. 1961.
- PITTS-TAYLOR, Victoria.
The brain's body: neuroscience and corporeal politics. Durham: Duke University Press. 2016.

- RIBEIRO, Paulo.
Assistência ao parto normal. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.10, p.103-112. 1962.
- ROCCO, Rogerio.
Aceleração do parto com ocitocina sintética. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.12, p.205-208. 1962.
- ROCCO, Rogerio.
Aceleração do parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.7, p.1.001-1.004. 1957.
- ROHDEN, Fabiola.
Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8m665/pdf/rohdem-9788575413999.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2018. 2001.
- ROSENBERG, Charles.
The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, v.80, n.2, p.237-260. 2002.
- SERRANO, Guilherme.
Aceleração do trabalho de parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, n.7, p.95-100. 1957.
- SILVEIRA, Angelo et al.
Profusão venosa de ocitocina e tiopental na condução final do trabalho de parto. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, n.8, p.59-90. 1965.
- SOICHET, Samuel.
Editorial: a Pitocina na obstetrícia moderna. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, n.3, p.160-168. 1956.
- [SYNTOCINON].
Revista Brasileira d'Obstetrícia, n.9, p.33. 1959.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio; LÖWY, Ilana.
Imperfect tools for a difficult job: colposcopy, "colpocitology" and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science*, v.41, n.4, p.585-608. 2011.
- TORNQUIST, Carmen.
Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004.
- VIEIRA, Paulo Ernani Gadelha.
Assistência médica no Rio de Janeiro, 1920-1937: reformas institucionais e transformações da prática médica. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1983.
- WHYTE, Susan; GEEST, Sjaak van der; HARDON, Anita.
An anthropology of material medica. In: Whyte, Susan; Geest, Sjaak van der; Hardon, Anita. *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press. p.3-19. 2002.
- WHO.
World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*, v.24, n.2, p.436-437. 1985.

