



Recebido: 02/06/2023 | Revisado: 05/11/2023 | Aceito: 18/12/2023 | Publicado: 29/12/2023



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported License.

DOI: 10.31416/rsdv.v11i3.549

Parto e poder: a supressão do empoderamento feminino na história obstétrica

Birth and Power: The Suppression of Female Empowerment in Obstetric History

BITENCOURT, Ralliny Soares Rocha dos Santos. Especialista em Psicologia Perinatal e Obstétrica (FacCidade) / Bacharel em Psicologia (Univasf)

Discente do Mestrado em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental (PPGECOH UNEB - Campus III Bahia - Brasil / E-mail: ralliny@outlook.com

SANTOS, Carlos Alberto Batista. Doutor em Etnobiologia e Conservação da Natureza (UFRPE) / Graduação em Ciências com Habilitação em Biologia (UPE).

Docente do Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental - PPGEcoH, UNEB, Campus III Juazeiro, BA / E-mail: absantos@uneb.br

ANDRADE, Wbaneide Martins de. Doutora em Etnobiologia e Conservação da Natureza (UFRPE)/Graduação em Ciências Biológicas (UFRPE).

Docente do Curso de Graduação em Ciências Biologia e do Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental - PPGEcoH, Pesquisadora do Centro de Pesquisas OPARÁ na Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Campus VIII Paulo Afonso, BA / E-mail: wandrade@uneb.br

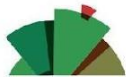
RESUMO

O papel e a relevância da mulher na formação da sociedade são frequentemente ofuscados pela presença de uma narrativa patriarcal. Esse apagamento, que é evidente em várias áreas de atuação, como trabalho, educação e política, também se faz presente em histórias específicas das próprias mulheres, como o ciclo de gestação, parto e pós-parto. A partir desse cenário, este trabalho busca traçar uma linha do tempo na história do parto, pontuando o papel da mulher nessa narrativa, examinando como seu lugar foi suplantado pela presença masculina, representada principalmente pela entrada dos médicos na cena de nascimentos. Por meio de uma revisão narrativa, apresentam-se importantes marcos históricos do controle social sobre o corpo feminino, como a descrença por décadas na sua capacidade fisiológica de parir sem intervenções, a epidemia de cesáreas e a recente mudança de consciência em saúde, em que as mulheres estão novamente sendo incentivadas ao parto natural, como melhor escolha, mas não estão sendo preparadas para isso. Por fim, aponta para a importância da preservação do saber tradicional feminino sobre o cuidado como forma de resistência a essa supressão social, a necessidade urgente de uma educação para a saúde que prepare física e psicologicamente essas mulheres, assim como equipes capacitadas e humanizadas para a condução desses momentos.

Palavras-chave: História do parto, Medicalização do parto, Autonomia feminina, Parteiras, Intervenção médica

ABSTRACT

The role and relevance of women in shaping society are often overshadowed by the presence of a patriarchal narrative. This erasure, which is evident in various areas such as work, education, and politics, is also present in women's specific stories, such as the cycle of conception, childbirth, and postpartum. Against this backdrop, this work aims to trace a timeline in the history of childbirth, highlighting the woman's role in this narrative and examining how her place was overshadowed by the presence of men, primarily represented by the entry of doctors into the birthing scene. Through a



narrative review, significant historical milestones of social control over the female body are presented, including decades of disbelief in their physiological capacity to give birth without interventions, the epidemic of cesarean sections, and the recent shift in health consciousness where women are once again being encouraged towards natural childbirth as the better choice but are not adequately prepared for it. Finally, it points out the importance of preserving traditional female knowledge about care as a form of resistance to this social suppression, the urgent need for health education that physically and psychologically prepares these women, and the need for skilled and compassionate teams to support these moments.

keywords: History of childbirth, Medicalization of childbirth, Women's autonomy, Midwives, Medical intervention

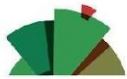
Introdução

Pensar na história, de maneira geral, remete-nos sempre à posição de quem a conta. Apesar de frequentemente ser encontrada “a versão oficial”, é sabido que o registo histórico é exercido por quem detém o poder. Na história da África ou do Brasil Colônia, por exemplo, a historiografia do colonizado foi negada, assumindo-se dessa forma o ponto de vista do colonizador, o que acabou refletindo em todo o conteúdo, na forma e na abordagem da propagação desse tema no ensino regular, invisibilizando várias facetas do processo histórico (MUNANGA, 2015; MOTT, 2002).

Outro exemplo que caminha nessa mesma trilha é a história do parto. Desde o início da humanidade, as mulheres têm dado à luz de forma natural, sem a intervenção de profissionais graduados. Mas, no decorrer dos séculos, as práticas e os costumes relacionados ao parto sofreram várias transformações que podem ser observadas em vários segmentos: cenário do parto, método de condução, instrumentos utilizados, formas de cuidados ofertados para a parturiente, quantidade de intervenções e o reconhecimento da sua autonomia diante dessa experiência (HOMEI, 2002).

Até o século XVII, o parto era considerado um assunto exclusivo das mulheres tendo como referência de cuidado as parteiras experientes, não sendo considerado um assunto médico (MAIA, 2012). A mulher, até então protagonista do nascimento de seu bebê, era conduzida pela expertise feminina: um saber geracional, na sua maioria, por mulheres da família, da vizinhança e, principalmente, pelas parteiras da época. Naquela ocasião, todos os nascimentos aconteciam em ambiente doméstico, não havia ali intervenções medicalizadas. O conhecimento das práticas do parto era dominado por esse grupo de mulheres. Com o avançar das tecnologias, estudos e intervenções junto ao corpo feminino, houve a entrada do homem na cena de cuidados à saúde da mulher e, conseqüentemente, do parto. Dessa forma, gradualmente, aconteceu a destituição da autonomia feminina acerca de seu próprio corpo e uma nova configuração do seu papel social (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Somente em meados do século XIX o parto passou então a ser realizado em instituições consideradas como hospitais, tornando o nascimento dos bebês um evento médico. As alterações nas práticas ofertadas trouxeram marcos significativos na história do parto, a exemplo do desenvolvimento de cirurgias como a cesárea e o acesso à anestesia segura. A cesárea revolucionou a forma de parir e incontáveis vidas foram salvas, mas, infelizmente, muitos foram os fatores que influenciaram em seu uso indiscriminado em alguns países, como, por exemplo, no Brasil. Do parto natural sem tempo determinado e no amadurecer da criança para o parto controlado,



muitas vezes antecipado, com marcação de dia e hora, a depender da disponibilidade da agenda médica, situações como essa se tornaram cada vez mais frequentes, trazendo prejuízos à qualidade de vida dos bebês, com interrupções prematuras das gestações (SALIM et al., 2012; TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014).

Nos dias atuais, uma esmagadora percentagem dos partos ocorre em ambiente hospitalar, com a presença de médicos e outros profissionais de saúde, consolidando um processo tecnocrático e asséptico de assistência. Dessa forma, a construção historiográfica sobre o assunto, que envolve aspectos biológicos, sociais e culturais, passou a sofrer verdadeiros apagões no que tange à história das mulheres, sobretudo antes do processo de medicalização, como griottes e protagonistas desse processo. Na tradição africana, os “griots” (fala-se griôs) e “griottes” (mulheres) são contadores de histórias, muito sábios e respeitados nas comunidades onde vivem.

Assim, de evento fisiológico, familiar e social, o parto e o nascimento transformam-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se tornou regra, e não a exceção, transformando o parto em um evento separado da vida familiar e comunitária (MAIA, 2010).

Diante desse contexto, o presente artigo busca debater a história do parto, com ênfase no processo social da destituição da supremacia feminina, que o transformou em um evento medicalizado, e a influência dessas mudanças no espaço de cuidado da mulher, evidenciando o seu papel dentro desse processo, seja na condição de parturiente, seja na condição de parteira.

Material e métodos

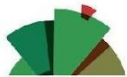
O presente artigo é uma revisão de narrativa que, segundo Torracco (2016), permite ao pesquisador compreender como um determinado assunto tem sido abordado ao longo do tempo e identificar lacunas do conhecimento na literatura existente. Tem como característica a sua amplitude de escrita e visa descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007).

Resultados e discussão

O parto, no início de sua história, é visto como um espaço de domínio feminino, ocupando um lugar que envolvia família e sociedade em uma rede imprescindível de apoio à nova vida que estava nascendo. Havia ali uma união de conhecimentos e divisões de tarefas. Não existia dúvida de que o parto aconteceria em ambiente doméstico e que as parturientes seriam as protagonistas desse momento (MOTT, 2022; MAIA, 2010; PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

A profissão de parteira foi uma das primeiras profissões que as mulheres puderam atuar e serem reconhecidas e respeitadas, inclusive financeiramente. Mesmo em um sistema altamente patriarcal, isso trouxe alguma ascendência às mulheres em relação aos homens, como na passagem retratada por Pinto (2002):

Mesmo havendo a presença masculina, frequentemente são as mulheres que chefiam a casa. Além de assumirem os próprios filhos, também assumem os netos legítimos e aqueles vindos dos que elas já ajudaram a nascer, que as chamam de mãe, madrinha ou tia. O



marido ou companheiro da parteira, estando ausente, jamais é apontado pelo nome, mas sim como o marido da parteira, benzedeira ou curandeira, ao contrário das outras mulheres, que são indicadas como a mulher do João, do Antônio, do Zeca (p. 446).

Nesse recorte da história, havia para aquela população pouco ou nenhum acesso às tecnologias ligadas ao parto, o que resultava em um altíssimo índice de mortalidade de parturientes e bebês. Levando em consideração a região, a época, as crenças, as superstições e os mitos ligados à tentativa de um parto mais exitoso (o que, apesar de ser uma experiência natural e fisiológica, era bastante temida), o cuidado das experientes parteiras era a alternativa possível. Estas aprenderam com parteiras mais velhas, com as vivências da profissão e até mesmo de forma autônoma (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Com o avanço da ciência, foi gradualmente possível estabelecer padrões mínimos que poderiam reduzir as intercorrências ou mesmo evitar a morte precoce durante o parto. Uma dessas estratégias era transferir o parto para as casas de saúde. Os primeiros registros de nascimentos realizados em hospitais datam de 1348, na França. O hospital *Hôtel-Dieu* já tinha uma ala reservada especialmente para as mulheres darem à luz, sendo também um hospital-escola na formação (somente para mulheres) de novas parteiras (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Em 1795, o local dos partos foi transferido para os antigos prédios do Oratório e do Convento de *Port-Royal* (Cidade de Paris), onde foi instalado um “*Hospice de la Maternité*”, visando alcançar melhorias no atendimento a esse público específico. Nessa época, somente as emergencialidades levavam as francesas a parir no hospital. Essas instituições eram comandadas por mulheres chamadas parteiras-chefes (parteiras formadas), que se responsabilizavam por praticamente tudo dentro das maternidades, do administrativo ao assistencial, desde o atendimento das parturientes, sua entrada até o pós-parto, incluindo também cuidados com os recém-nascidos.

Mesmo com o início da institucionalização do parto, as mulheres ainda dominavam o cenário de cuidados ao nascimento dentro e fora dos hospitais. O conhecimento seguia sendo transmitido de mulher para mulher, entretanto, além do saber geracional, soma-se aqui também o ensino mais técnico, “científico”, na formação das novas parteiras (TEIXEIRA, 2018). Em não raros momentos, a parteira-chefe assumia também o papel de cirurgião nos partos classificados como complicados, o que conseqüentemente aumentava o destaque sobre os feitos dessa profissão, trazendo para elas importante respeito na hierarquia social (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

A soberania feminina que acontecia dentro da instituição causou crescente descontentamento: não era admissível, na época, que a escola de formação com maior destaque na Europa estivesse confiada a mulheres, e assim começaram as intervenções para combater essa incômoda realidade, uma verdadeira “caça às parteiras”. Como exemplo, pode-se citar o que aconteceu na França e no Japão. Na França, em meados de 1803, a lei do *19 ventôse an XI* trazia novas configurações para o exercício da medicina, regulamentando as novas condições da formação e da admissão de parteiras, reduzindo seus poderes e suas atribuições frente a alguns cuidados ofertados e rebaixando sua autonomia diante da figura médica masculina (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002; HOMEI, 2002).



Já no Japão, em meados de 1868, as autoridades lançaram várias medidas proibitivas: as parteiras só poderiam ser formadas em uma escola específica, ter idade mínima de 20 anos e comprovar experiência com modernos conhecimentos da obstetrícia. Em consequência, a entrada em cena dos médicos e seus instrumentos colocou as parteiras em segundo plano e marginalizou a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcaram o nascimento (OSAVA, 1997; HOMEI, 2002).

Com isso, houve o consecutivo rebaixamento da figura de parteira-chefe e o domínio do médico-parteiro. Não era mais tolerável que uma mulher desempenhasse o papel de um cirurgião, mesmo que ela apresentasse competência técnica mais elevada se comparada a ele (THÉBAUD, 2002).

No final do século XIX, as parteiras perderam a autonomia para conduzir os partos tidos como difíceis e a autorização para usar seus instrumentos; foram limitadas a ocuparem o espaço de “auxiliares dedicadas” dentro do hospital. Enquanto isso, do lado de fora, foram demonizadas socialmente, associadas aos escândalos morais, como a prática de abortos clandestinos e o parir fora do casamento, como estratégia para afastar o público feminino de buscar seus serviços. Como esperado, os médicos-parteiros ocuparam cada vez mais o lugar de profissional do parto e a consequência disso, que pode ser observada nitidamente na história, é a mudança na metodologia do cuidado ofertado e o impactante aumento dos partos realizados com o uso do instrumento cirúrgico chamado fórceps, que é utilizado para auxiliar o parto e facilitar a passagem da cabeça do bebê pelo canal.

É possível que esse seja o começo da grande instrumentalização e medicalização dos partos que se sucedem no decorrer dos séculos. O parto domiciliar foi gradativamente sendo desencorajado e, conseqüentemente, desaparecendo até a metade do século XX, quando foi quase que inteiramente substituído pelo parto hospitalar (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002; THÉBAUD, 2002). Com o parto dentro do hospital e o desenvolvimento progressivo da ciência, os partos cesáreos exitosos se tornaram realidade frequente.

A história da cesárea

A palavra no latim *Caedere*, que significa cortar, é apontada na literatura como uma das origens que denomina o nome cesárea. O parto cesáreo é uma intervenção cirúrgica que consiste em realizar uma incisão na parede abdominal e no útero da mulher, para retirada do feto. A origem exata da cesariana é controversa, sua história de surgimento encontra dois caminhos distintos, um mítico e outro científico (LUGONES BOTELL, 2001; MEDEIROS, 2010). O primeiro conta sobre o nascimento por cesárea visto como algo misterioso e sobrenatural, envolvendo o nascimento de deuses e semideuses gregos (LUGONES BOTELL, 2001). O outro caminho remonta à antiguidade, quando essa cirurgia era realizada somente em situações de óbito materno, em uma última tentativa para salvar o feto.

Em 1280, a Igreja Católica tornou a prática da cesariana obrigatória post-mortem, para efetivar o batismo da criança e com a finalidade de enterrar o feto separadamente de sua mãe. Em 1500, o Islamismo se pronunciou contrário a esse tipo de método, pois acreditava que qualquer criança nascida pela retirada abdominal era descendente do diabo e deveria ser sacrificada (MEDEIROS, 2010; LUGONES BOTELL, 2001).



Como dito, as primeiras cesarianas foram realizadas em mulheres mortas ou moribundas, desde o antigo Egito. Algumas fontes indicam que os judeus teriam sido os primeiros a executar a cirurgia em uma mulher viva. O primeiro registro de mãe e filho que sobreviveram à cirurgia também é obscuro, havendo vários autores e versões que o rodeiam (MEDEIROS, 2010).

A mais conhecida é a do suíço Jacob Nufer, um castrador de porcas que realizou a cesárea em sua própria esposa, após 13 parteiras não conseguirem ajudá-la, salvando assim esposa e bebê. Essa mãe teve mais 5 filhos, o que pode ser descrito como um dos primeiros partos vaginais após uma cesariana. Outro relato, esse pouco conhecido, é do parto ocorrido em meados de 1337, na República Tcheca, quando a rainha Beatrix desmaiou e foi submetida à cirurgia, pois acreditaram que ela estava morta. Ela acordou durante o procedimento e os médicos a “fecharam”, tendo ela sobrevivido juntamente com a criança. Esse caso entraria para as “sobreviventes ocasionais”, em que não era a intenção salvar a mãe.

Em meados de 1500, a cesariana possuía defensores e opositores: uns trabalhavam divulgando seus feitos e casos de sucesso e outros os perigos que envolviam esse procedimento com a alta mortalidade materna, pois, nessa época, não havia ainda o conhecimento necessário sobre o fechamento da cirurgia (o útero permanecia aberto), medicamentos para tratar a infecção ou anestesia. Somente no final do século XVIII é possível observar registros de progresso na técnica operatória. Lembrando que aqui ainda não havia um método único, alguns médicos utilizaram o corte transversal, outros o longitudinal, às vezes com uso também do fórceps alto, onde, após a incisão cirúrgica no abdômen da mulher o fórceps era usado para segurar a cabeça do bebê e puxá-lo para fora (LUGONES BOTELL, 2001).

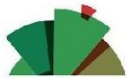
O que pode ser afirmado com linearidade e que determinou a história de sucesso da cesárea foi a consciencialização da infecção como primeira causa de morte, o aperfeiçoamento das técnicas com a sutura uterina realizada agora no segmento inferior (parte baixa), o cuidado pré-operatório e o desenvolvimento da anestesia (LUGONES BOTELL, 2001).

A história do parto no Brasil

No Brasil, a sequência da história do parto não se difere muito dos outros países, já que ele sofreu influência direta e indireta de todas as mudanças que ocorriam no mundo. Aqui, porém, é possível se aproximar um pouco mais detalhadamente dessa narrativa.

Tradicionalmente, no Brasil colonial, os partos eram realizados por mulheres chamadas de “aparadeiras” ou “comadres”, as quais realizavam acompanhamento das mulheres durante os períodos de gestação, parto e puerpério. Elas acolhiam, orientavam e cuidavam, além dos nascimentos, também dos abortos e lutos. Sem casas de saúde, as “aparadeiras”, apesar de pertencerem à classe pobre da sociedade, ofertavam seu saber empírico para todas as classes e eram de inteira confiança da comunidade feminina da época (BRENES, 1991; SALIM et al., 2012).

Somente em meados de 1808 o médico pernambucano José Corrêa Picanço, após percorrer França e Portugal, retornou ao Brasil, fundando as duas primeiras escolas de Medicina (na Bahia e no Rio de Janeiro) do país, as quais são um marco importante na história do parto brasileiro. Na época da fundação da escola de



medicina, a “Arte Obstétrica” não fazia parte da grade de ensino, sendo incorporada posteriormente, o que possibilitou a formação dos primeiros profissionais, chamados parteiros ou médico-parteiros no Brasil (BRENES, 1991, 2002).

Com o auxílio aos partos tornando-se prática do masculino, deu-se início ao movimento de homens “especializados” em parto e que, futuramente, iria extinguir, também aqui no país, a atuação das mulheres parteiras. Nesse momento da história, todas as teses defendiam que a prioridade do binômio mãe-filho era a mulher. Sem tecnologias suficientes para tratar todas as adversidades que podem surgir de uma gestação e tendo a cirurgia cesárea como ainda fatal para as parturientes, a indicação médica da prática de abortos era constante (BRENES, 1991, 2002).

Em 1818, a prática de partos no curso de Medicina brasileiro era meramente teórica, pois não havia público de gestantes. Existia uma resistência social, a “enfermaria de partos”, o local era extremamente precário, insalubre, com alta vulnerabilidade a infecções, havendo ainda, naquela época, reservas relacionadas ao “pudor feminino”. Em meados de 1832, com o crescimento do poderio médico e a tentativa de controle social, que aconteceu também na Europa e Ásia, o título “de parteira” começou a ser concedido somente pelas faculdades, ninguém poderia mais exercer essa prática sem a certificação oficial. Iniciavam-se as tentativas para trazer o público feminino a uma prática médica. Em 1862, o ensino prático da medicina obstétrica continuava ainda com os partos teóricos em manequins, pois ainda era reduzidíssima a quantidade de gestantes que procuravam os serviços ou aceitavam ser acompanhadas por homens (BRENES, 1991, 2002; SALIM et al., 2012). Enquanto isso, no final de 1892, a criação de mais normas e leis com restrições e proibições às parteiras era constante. A intenção era reduzi-las a enfermeiras “instruídas” para auxiliar os parteiros homens (médicos) na assistência ao ciclo gravídico puerperal das mulheres, assim como na Europa.

Em meados de 1900, as melhorias foram acontecendo no exterior e chegaram ao Brasil, como a criação de uma enfermaria específica para clínica de partos e o controle das infecções puerperais. Isso possibilitou um crescente número de gestantes a procurar os serviços institucionais que ofereciam cada vez mais segurança. Em 1931 e nos anos que se sucederam, o esforço da corporação médica para trazer o “corpo feminino” para estudo foi ainda maior, seja no hospital, na clínica ou no consultório. Para isso, essa classe precisou construir socialmente a imagem profissional que inspirasse a confiança da população, principalmente feminina (THÉBAUD, 2002; BRENES, 1991).

A partir dessa contínua problemática, o *Zeitgeist* - espírito da época -, fortemente influenciado pelo discurso médico, cria uma estratégia, que aparenta ter mudado o rumo da história, em consonância com outras fortes consciências sociais do momento, “arquitetando” para as mulheres uma nova subjetividade, o que as garantiu um novo papel na sociedade, de forma mais intensa, mais exposta, mais “aceitável”. Começa, a partir desse marco, a valorização social de uma mulher bondosa, do lar, da família, ganhando também, a partir da interpretação da sua sexualidade, a configuração que foi descrita como frágil e inconsistente, a quem somente os médicos poderiam orientar por serem eles os únicos profissionais que “conheciam” o seu “funcionamento”. Inicia-se aqui a disseminação do pensamento social de que a mulher precisa da intervenção médica para conseguir parir (BRENES, 1991, 2002).



Historicamente, observa-se mais uma estratégia para retirar a autonomia das mulheres acerca de seus próprios corpos, desconfigurando-as como sujeito, criando assim, no imaginário da sociedade e de todas as gerações subsequentes, a ideia que se perpetua até os dias de hoje: da frágil incapacidade feminina (BRENES, 1991, 2002).

Recortes da Saúde da Mulher e seus partos nas décadas de 1980 e 1990 no Brasil

No momento em que os partos passam a ser de “responsabilidade institucional hospitalar”, esse corpo feminino é submetido a um turbilhão de intervenções, como: a episiotomia, a lavagem gástrica, litotomia (posição ginecológica, deitada com as pernas elevadas por apoios), ocitocina, restrição ao leito, condicionamento à posição supina, depilação “forçada”, entre outras. Intervenções vistas mais como estratégias para facilitar o trabalho da equipe do que o trabalho de parto em si, sendo atualmente consideradas violência obstétrica.

Em 1980, a sociedade médica fervilhava na discussão acerca de qual seria a melhor atenção em saúde ofertada para as mulheres (e seus partos). Paralelamente a isso, surgiam os movimentos feministas, que colocavam em destaque as discussões acerca da sexualidade, da autonomia na reprodução, do cuidado integral na anticoncepção e de demais direitos das mulheres como cidadãs.

Não obstante, na mesma década, o Ministério da Saúde estabeleceu, então, um cronograma de cuidado integral à saúde da mulher, em idade reprodutiva ou não. Iniciava-se na história a ampliação dessa assistência para além da reprodução humana, com um cuidado que abrangia adolescentes, mulheres idosas e mulheres que decidiram não exercer a maternidade.

Esse período foi marcado por discussões e reflexões acerca da assistência ao parto com o mínimo de intervenções sobre a fisiologia, uma pequena semente para as mudanças que foram alcançadas na história. Os procedimentos antes centrados na necessidade das instituições agora deviam ser pensados, com foco nas parturientes. Nasce o novo paradigma do parto humanista: a partir de 1988, foi implantado o PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, garantindo integralidade na assistência da gestação ao puerpério, ampliação do acesso à saúde e garantia de qualidade na assistência (SERRUYA et al, 2004).

A maior parte da década de 1990 é marcada ainda pelo crescimento exponencial de partos cesáreos no Brasil. Vários fatores influenciaram essa constante elevação, como o estímulo financeiro: naquela época, os hospitais públicos recebiam do Sistema Único de Saúde um repasse financeiro maior para partos cesáreos em detrimento do parto normal. A esterilização definitiva pela laqueadura das trompas, realizada junto ao procedimento do parto cesáreo, também é apontada como pilar no índice elevado desse procedimento, assim como o medo da dor, a reduzida equipe em relação à elevada demanda, o reduzido tempo do procedimento, principalmente a pouca informação de qualidade. Considera-se que o parto cesáreo extrapolou a área médica, transformando-se em um fenômeno cultural. O Brasil é considerado o país com maior número de partos cesáreos do mundo (COSTA, 2018).

No final da década de 1990, começando a tomar mais força surgem os movimentos radicais contra esse modelo intervencionista. Seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde e apoiados pelo Ministério também da saúde, são



lançadas diversas ações para estimular o parto normal, retomar a autonomia da mulher e reduzir a violência obstétrica. O parto normal agora era mais valorizado financeiramente para os hospitais públicos. Houve a formação de enfermeiras obstétricas, incentivo ao alojamento conjunto mãe-bebê, a criação de casas de parto e o fortalecimento do pré-natal (COSTA, 2018).

Recortes da Saúde da Mulher e seus partos no Brasil na contemporaneidade

Mudanças intensas começam a surgir no novo século e, conseqüentemente, também atingiram os cuidados com o parto: o corpo feminino, anteriormente taxado como carente de resgate, agora é novamente considerado como apto a dar à luz, na maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções. O parto se torna agora uma experiência altamente pessoal, sexual e familiar. Ele deve ser tratado com o devido respeito e os familiares são convidados novamente a essa cena, principalmente os genitores. Já o nascimento, antes anunciado como um perigo para a integridade do bebê, agora é visto como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extrauterina (DINIZ, 2005).

Quando se observa de perto, percebe-se que há um modelo da década de 1970 sendo resgatado, melhorado, adaptado, mas devido à forte influência das décadas de 1980 e 1990, nas quais a indústria da cesárea teve sua acessão, esse modelo intervencionista e medicalizado ainda levará tempo para ser desconstruído (COSTA, 2018). O cuidado à saúde da mulher deve ser permeado por acolhimento, escuta sensível de suas demandas, sempre considerando seu contexto sócio-histórico, as relações de gênero, cor e classe no processo de geração de saúde e adoecimento (COELHO et al., 2009).

Dentro do cenário de cuidado com a saúde da mulher, as práticas tradicionais sempre ocuparam lugar de destaque. Oriundas da aprendizagem nas relações, o conhecimento geracional sobre o parto é um legado de cultura e de história, sendo as mulheres as principais responsáveis pela guarda e passagem desse conhecimento. Desde o início dos tempos, as mulheres desempenham o papel de provedoras desse saber (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014).

Considerações finais

A história do parto é marcada por séculos de transformações sociais, desde o protagonismo das mulheres e o uso do conhecimento tradicional até a entrada no hospital e seu intenso uso de intervenções, na maioria das vezes, desnecessárias.

As descobertas científicas e os estudos sobre o parto trouxeram benefícios como a possibilidade de intervenções cirúrgicas, aumento da segurança da mãe e do bebê em situações de intercorrências e redução da mortalidade nos nascimentos, mas também trouxeram prejuízos, como: a epidemia de cesarianas eletivas e da violência obstétrica, o afastamento do protagonismo das mulheres em seus partos e a desconstrução da sua autoconfiança fisiológica acerca da sua capacidade de parir.

Quando se observa a história, é possível perceber um controle social que dita regras acerca desses corpos e nascimentos em três momentos distintos. No primeiro momento, encontra-se um corpo que pari de forma “livre”, apoiado por outras mulheres e acreditado fisiologicamente como provedor de vidas. No segundo



momento, observa-se um corpo limitado, controlado no nascer, visto como frágil, incapaz, desacreditado em dar à luz sem as intervenções medicalizadas ou cirúrgicas e, por último, um corpo novamente visto como forte, resgatado da fragilidade, em que novamente lhe foi dito que é capaz de parir fisiologicamente sem intervenções e é esperado que o faça assim. Mas, agora, surge uma nova dificuldade: a sociedade de mulheres que desejam parir, mas não foram preparadas emocionalmente para isso, não confiam em seu processo fisiológico, não conhecem as etapas que antecipam um nascimento ou não suportam física e emocionalmente o atravessar das intensas contrações de um parto normal.

O parto começa “pela cabeça”. Ele se inicia quando há preparo a partir dos pensamentos. É preciso cuidar da preparação emocional dessas mulheres que foram desacreditadas por décadas. Não adianta ditar regras sobre vias de parto, instaurar socialmente o desejo de parir de forma natural sem uma efetiva educação em saúde para que elas e as famílias possam compreender os benefícios daquela via de nascimento e o que de fato esperar daquele momento. Submeter corpos ao parto natural sem o preparo necessário é correr o risco de colocar essa mulher em mais uma situação de violência. Hoje, corpo e mente devem ser preparados com igual importância para o melhor parto possível, sempre humanizado, independentemente de qual via for indicada, isso a partir de uma avaliação profissional séria pautada em evidências.

A partir dessas reflexões, conclui-se que é imprescindível valorizar o conhecimento tradicional sobre o parto, incluir as mulheres no processo de decisão sobre a via de nascimento, fomentar a pesquisa, seguir lutando por conquistas políticas, investir em programas de formação para os profissionais da saúde, garantindo-lhes capacitação atualizada com atendimento humanizado e respeitoso às mulheres de nossa sociedade, as quais necessitam novamente serem emponderadas e informadas acerca do processo fisiológico e emocional do parir. Por fim, incentivar discussões em todas as instâncias do ensino, o que possibilita também seguir levantando novas problemáticas.

Referências

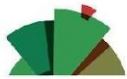
BEAUXVALET-BOUTOUYRIE, Scarlet. As parteiras-chefes da maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? *Revista Estudos Feministas*, v. 10, p. 403-413, 2002.

BRENES, A. C. A história do parto e seus cuidados. *Anais ANPUH - MG*, Belo Horizonte, 2002.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, p. 135-149, 1991.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Escola Anna Nery*, v. 13, p. 154-160, 2009.

COSTA, Ana Cristina Freitas da. **Trajetória do parto nas décadas de 70, 80, 90 e século XXI: discursos de mulheres e a construção de práticas**. TCC (Bacharelado em Enfermagem). Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul - RS, p. 64. 2018.



DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

HOMEI, Aya. Tempos modernos, novos partos e novas parteiras: o parto no Japão de 1868 aos anos 1930. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, p. 429-440, 2002.

LUGONES BOTELL, Miguel. La cesárea en la historia. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, v. 27, n. 1, p. 53-56, 2001.

MAIA, Mônica Bara. **Assistência à saúde e ao parto no Brasil. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 19-49, 2010.

MEDEIROS, Raphael Câmara et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. *Femina*, v. 38, n. 9, p. 482, 2010.

MOTT, Maria Lucia. Parto. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, p. 399-401, 2002.

MUNANGA, Kabengele. Por que ensinar a história da África e do negro no Brasil de hoje? *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, p. 20-31, 2015.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico**. 1997. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, p. 1039-1061, 2018.

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. Vivências cotidianas de parteiras e ‘experientes’ do Tocantins. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, p. 441-448, 2002.

ROTHER, Edna Therezinha. Revisão sistemática versus revisão narrativa. Editorial. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 2, 2007.

SALIM, et al. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 628-634, 2012.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giacomio do; CECATTI, José Guilherme. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 26, p. 517-525, 2004.

TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 1341-1353, 2014.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; NAKANO, Andreza Rodrigues; NUCCI, Marina Fisher. Parto e nascimento: saberes, reflexões e diferentes perspectivas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, p. 913-915, 2018.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, p. 415-426, 2002.



TORRACO, Richard J. Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human resource development review*, v. 4, n. 3, p. 356-367, 2005.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas*, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.