

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS

Mírian de Carvalho Onorato

**PARTO: MAIS QUE UM PROCESSO BIOLÓGICO, UM PROCESSO CULTURAL**

Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel (Trabalho de Conclusão de Curso). Orientador: Marcella Beraldo de Oliveira.

Juiz de Fora  
2019

**DECLARAÇÃO DE AUTORIA PRÓPRIA E  
AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO**

Eu, **Mirian de Carvalho Onorato**, acadêmico do Curso de Graduação Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, regularmente matriculado sob o número 201872043-A, declaro que sou autor do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado PARTO: MAIS QUE UM PROCESSO BIOLÓGICO, UM PROCESSO CULTURAL, desenvolvido durante o período de 07/2019 a 11/2019 sob a orientação de Marcella Beraldo de Oliveira, ora entregue à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel, e que o mesmo foi por mim elaborado e integralmente redigido, não tendo sido copiado ou extraído, seja parcial ou integralmente, de forma ilícita de nenhuma fonte além daquelas públicas consultadas e corretamente referenciadas ao longo do trabalho ou daquelas cujos dados resultaram de investigações empíricas por mim realizadas para fins de produção deste trabalho.

Assim, firmo a presente declaração, demonstrando minha plena consciência dos seus efeitos civis, penais e administrativos, e assumindo total responsabilidade caso se configure o crime de plágio ou violação aos direitos autorais.

Desta forma, na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Juiz de Fora a publicar, durante tempo indeterminado, o texto integral da obra acima citada, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas e ou da produção científica brasileira, a partir desta data.

Por ser verdade, firmo a presente.

Juiz de Fora, 06 de dezembro de 2019.

---

Mirian de Carvalho Onorato

**Marcar abaixo, caso se aplique:**

Solicito aguardar o período de ( ) 1 ano, ou ( ) 6 meses, a partir da data da entrega deste TCC, antes de publicar este TCC.

OBSERVAÇÃO: esta declaração deve ser preenchida, impressa e **assinada** pelo aluno autor do TCC e inserido após a capa da versão final impressa do TCC a ser entregue na Coordenação do Bacharelado Interdisciplinar de Ciências Humanas.

## PARTO: MAIS QUE UM PROCESSO BIOLÓGICO, UM PROCESSO CULTURAL

Mírian de Carvalho Onorato<sup>1</sup>

### RESUMO

A OMS<sup>2</sup> recomenda e a ANS<sup>3</sup> realiza um trabalho para que diminuam as cesáreas desnecessárias no mundo e no Brasil, respectivamente. Estas instituições criam resoluções para que as puérperas tenham acesso a informações que embasem sua decisão por qual tipo de parto escolher, fazendo-as agentes ativas e protagonistas no momento de dar à luz. O objetivo deste artigo é fazer uma revisão bibliográfica e levantar um debate a respeito de parto na contemporaneidade numa visão antropológica. O resultado é um breve histórico dos modos de parto no cenário brasileiro, a busca pela humanização do parto após a constatação de exageros quanto ao uso de cesárea e violência obstétrica e mostrar as novas práticas e assessorias de parto nos dias atuais.

Palavras-chave: Parto. Parto Humanizado. Violência Obstétrica.

### 1. INTRODUÇÃO

Hoje, a grande maioria das mulheres não são as protagonistas no momento de dar à luz, tendo um papel passivo e secundário como se fossem uma máquina ou uma coisa (FOUCAULT,1995). Porém, não foi sempre assim. As mulheres, no Brasil e no mundo, tinham seus partos em casa ou na floresta, sozinhas ou com seus familiares, deitadas ou de cócoras. Havia, no entanto, uma coisa em comum, o parto se iniciava com pequenas contrações que aconteciam quando o bebê estava “maduro”, pronto para nascer. Sim, algumas vezes nasciam prematuros por motivos de saúde da mãe ou do próprio bebê. Sim, algumas vezes havia complicações com mãe ou bebê. Sim, algumas vezes morriam mãe ou bebê, ou ambos. A medicina resolveu alguns destes problemas com suas técnicas, mas causou outros também. Com o tempo, as coisas foram mudando.

No princípio, os habitantes mais antigos do Brasil, os índios, se utilizavam de suas parteiras ou aparadeiras e tinham seus “médicos” na aldeia que, com suas pajelanças e xamanismos, chás e ervas, auxiliavam suas mulheres com dietas e cuidados específicos para grávidas, no parto e pós-parto. No entanto, pajés e xamãs só eram chamados pelas parteiras quando havia complicações no parto. Sem contar que os índios veem o parto como algo espiritual e, na maioria das tribos, há todo um ritual para trazer este curumim ao mundo.

Na sequência, os “colonizadores” chegam aqui, sendo a maioria de origem católica e a igreja Católica via a dor do parto como uma penalidade pelo “pecado original”. O parto era um ato social, íntimo e familiar, tinha um significado cultural. As mulheres eram protagonistas deste evento e as parteiras, antes de sua lenta decadência no início do século XX, eram meras coadjuvantes, apesar de fazerem toda a diferença naquele momento de medo, inseguranças e transformações da vida feminina.

Enfim, os médicos e a ciência desenvolveram ferramentas, técnicas e métodos com intuito de dar mais segurança e menos dor à puérperas e seus conceitos no momento do parto. A ideia era conceber um parto ideal, com gestação e parto seguro, livre de riscos. Ao mesmo tempo, a medicalização e a hospitalização do parto tiraram da mulher o poder de escolha e da família a privacidade e participação do processo. Igualmente no século XX, surgem livros<sup>4</sup> que tratam do corpo feminino, parto e do preparo (físico, mental e emocional) para o momento do parto, com palavras de ordem do tipo “como cuidar e controlar o parto”, tratando o parto como patologia feminina e evento de risco. Era como se a mulher tivesse o corpo defeituoso para parir. O parto foi se tornando um evento cultural complexo, envolvendo interações de grupos sociais, hospitais/maternidades, governo/instituições e políticas públicas.

---

<sup>1</sup> Graduando em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. E-mail: mirianonorato@yahoo.com.br. Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel. Orientador: Marcella Beraldo de Oliveira.

<sup>2</sup> Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas.

<sup>3</sup> ANS – Agência Nacional de Saúde

<sup>4</sup> A exemplo, a obra *Parto Natural: Guia para os futuros pais*, publicada em 1955 e suas edições republicadas nos anos de 1960 e 1964. Apoiada por uns e refutada por outros.

Assim sendo, a obstetrícia masculina chega pra tomar conta do cenário e reforçar a expressão: “o médico é que fez o meu parto!”. Seria o médico o ator principal do parto na modernidade? A palavra “parto” significa conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam à expulsão do feto e seus anexos do corpo da mãe. Isto é, a mulher é a condutora do parto e o médico um assistente, um instrutor transparente, fazendo o melhor para mãe e bebê, esclarecendo dúvidas com linguagem acessível a pessoas menos informadas e desprestigiadas na estrutura social e respeitando desejos, sempre que possível.

Este modelo de obstetrícia cheio de intervenções impróprias em mulheres de baixo risco é um problema de saúde pública, cheio de armadilhas para as mães e simetria para os profissionais indiferentes, que se utilizam de falsa necessidade e impõe esta característica de parto seguro à cesárea como legitimação de sua conveniência. Desta forma, as mulheres experimentam uma subordinação de medicalização do corpo independente de suas escolhas pessoais.

Ainda por cima, estudos mostram casos de violência simbólica, física e psíquica, que parte do médico e sua equipe. A violência obstétrica é um estorvo do sistema e precisa ser suplantada. O termo ainda não é conceituado em termos legais, dificultando a denúncia, criminalização e penalidades. Entretanto, constantemente acontecem ocorrências no âmbito hospitalar em todo Brasil. Por conta disto, o Ministério da Saúde tomou algumas providências com relação a recomendações de pré-parto, parto e pós-parto; o que será discutido no corpo do texto. O intuito é buscar um parto com assistência humanizada, seja ele vaginal ou cesáreo, com envolvimento de seus agentes diretos, dos trabalhadores da área de saúde e de familiares.

Recentemente, tem-se buscado novas propostas para tratar a mulher com dignidade, carinho e cuidado respeitoso, com o intuito de dar à mulher um parto natural à luz de sua vontade, valorizando a natureza e criticando a medicalização do parto quando desnecessário. Afinal, parto não é uma patologia, apesar de ser tratado assim por alguns, mesmo no século XXI. Novas pesquisas trouxeram aos recém-nascidos mais cuidado, prevenções contra doenças, e chances de sobrevivência quando prematuros. Apesar disso, o ambiente hospitalar não traz todo livramento para estes neonatos, sujeitos a infecções e outras enfermidades.

O tema abordado neste trabalho acadêmico mostra um recorte histórico (1800 a 2017) do parto no contexto brasileiro e as mudanças que ocorreram nas possibilidades de parto neste período. A finalidade do texto é dar ao leitor uma noção geral de como era o modo de parir no século XVIII (partos naturais), como chegaram ao Brasil os estudos de cirurgia e parto no início do século XIX, a ascensão da cesárea em 1950-1960 e a tentativa de sua legitimação. Fala também de violência obstétrica, parto humanizado e práticas modernas como a utilização de ayahuasca e práticas terapêuticas no momento do nascimento. O objetivo deste artigo é fazer uma revisão bibliográfica e levantar um debate a respeito de parto na contemporaneidade numa visão antropológica, com o pretexto de discutir o papel social da mulher na perspectiva do parto.

## 2. PARTO NATIVO

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, os povos indígenas já estavam aqui com sua cultura, costumes, práticas, rituais, modo de vida, leis, crenças e línguas. Cada tribo tinha suas especificidades e características próprias e as funções de cada um (índios, índias e até curumins) são distintas em cada aldeia conforme suas tradições. Carmen Junqueira<sup>5</sup> explica que as antropólogas começaram a se aproximar das mulheres índias a partir de 1970, após o movimento feminista<sup>6</sup> iniciado no Brasil. Antes, as índias eram citadas com um olhar masculino dos antropólogos e dos índios “chefes”, visto que estes falavam um pouco melhor o português, devido ao seu contato com os não índios e seu papel social de manter a estrutura da sociedade e organização política. O papel da índia é diferente e complexo conforme cada etnia, ou seja, pode estar voltado para maternidade, alimentação e artesanato, entre outros.

De acordo com Junqueira (2003), a relação amorosa dos índios é bem diversificada e complexa, de acordo com cada grupo, assim como a maternidade, mas o parto é vaginal (natural), algumas vezes acompanhado por índias mais velhas, mães, avós ou parteiras indígenas. Maia (2013) fala do parto solitário das índias Ashaninka que só depois de parir, próximo a uma árvore afastada, a mulher mais velha e experiente se aproxima e transmite a tradição. Este isolamento é gosto típico e cultural, mas a assistência à fêmea nos

---

<sup>5</sup> Carmen Junqueira é antropóloga, formada em 1963 pela Escola de Sociologia e Política de São Paulo. É professora emérita da PUC de São Paulo. Escreveu diversos livros, como *Os índios de Ipavu (Ática)*, *Antropologia indígena (Educ)*, *Indigenismo na América Latina (Cortez)* e *Sexo de desigualdade (Olho d'Água)*. O livro *Sexo e desigualdade*, focaliza em especial os Kamaiurá e os Cinta Larga.

<sup>6</sup> O movimento feminista no Brasil surgiu no século XIX com a luta pela educação feminina, direito a voto e libertação dos escravos, entre outras reivindicações.

diferencia dos animais. A mulher é dona de seu corpo no que diz respeito ao aborto, infanticídio e métodos anticoncepcionais em algumas aldeias. O parto de cócoras é o mais adotado.

### 3. PARTO DAS COLONIZADORAS

Segundo Brenes<sup>7</sup> (1991), quando as mulheres não escravas que aqui chegaram entravam em trabalho de parto, eram atendidas por parteiras, aparadeiras ou comadres, que detinham a experiência de assistir ou “pegar menino”. Estas auxiliares estavam junto à mulher mesmo antes da certeza de sua gravidez. Era ela, inclusive, que muitas vezes dava este diagnóstico diante de um mal estar feminino. Acompanhavam toda a gestação, parto e pós-parto e cuidavam do bebê recém-nascido até cair o umbigo. Estas mulheres (também chamadas raizeiras) tinham (e têm) o conhecimento de ervas, doenças venéreas, rezas próprias para gestação, parto, anticoncepção, ciclos menstruais irregulares, amamentação, infertilidade, infanticídio, aborto (para provocá-lo e/ou curar a mulher após um) e ofereciam crianças para adoção. Eram mulheres de confiança das pessoas. Os partos aconteciam no domicílio (na maioria das vezes), nas enfermarias (atendimento público) ou nas casas de parto (atendimento particular).

#### 3.1 Parto das escravas africanas

Barreto (2016) explica que as escravas pariam nas senzalas com parteiras (também escravas ou não) ou em enfermarias (se fossem escravas “especiais” ou libertas), porém em locais menos privilegiados dos prédios. Caso elas fossem às casas de parto, poderiam ser amas de leite como forma de pagamento, já que o atendimento não era gratuito. Contudo, a forma de parir era a mesma que as não escravas. Não haviam técnicas prontas para nascimento nem obstetrícia.

As formas de obstetrícia são muito variáveis. Buda nasceu estando sua mãe Mâya, agarrada, reta, a um ramo de árvore. Ela deu à luz em pé. Boa parte das mulheres da Índia ainda dão à luz desse modo. Coisas que acreditamos normais, isto é, o parto na posição deitada sobre as costas, não são mais normais do que as demais; por exemplo, as posições de quatro. Há técnicas de parto tanto para a mãe, como para seus auxiliares; para a retirada da criança, ligadura e secção do cordão; para os cuidados com a mãe e com a criança (MAUSS, 1934, p. 223).

### 4. UM BREVE HISTÓRICO DA MEDICINA NO BRASIL

Tosi *apud* Brenes (1991), explica que a medicina incorporou a prática do parto primeiro na Europa, no século XVII, dando-lhe o nome de arte obstétrica e aos profissionais médicos parteiros. Chegou ao Brasil em 1808, com a vinda da corte portuguesa, que inaugurou as escolas de medicina e cirurgia da Bahia e Rio de Janeiro (em hospitais militares), ou seja, seus primeiros professores eram também militares. Em 1832 mulheres<sup>8</sup> puderam participar do curso.

De acordo com Barreto (2016), seguem alguns destaques de instituições que faziam atendimento as parturientes na época no Rio de Janeiro: Casa de Saúde Nossa Senhora da Ajuda, enfermaria de parto no Hospital de São Cristóvão, Maternidade Santa Isabel e em 1910 inaugura-se pavilhões na Santa Casa para o serviço de clínica obstétrica.

Na época, existia muita teoria e pouca prática no que diz respeito aos estudos, porque os alunos precisavam de corpos<sup>9</sup> para praticar e as mulheres confiavam em suas parteiras e havia um certo medo e pudor com relação a médicos homens, por isso, não buscavam o hospital.

---

<sup>7</sup> Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG; Coordenadora do Núcleo Saúde da Mulher do DMPS/FM/UFMG

<sup>8</sup> Maria Josefina Matilde Durocher (1808-93), conhecida como Madame Durocher, foi a primeira mulher a ser recebida, como membro titular, na Academia Imperial de Medicina, em 1871. Madame Durocher vestia-se como homem porque, explicava, exercia uma profissão masculina (SOUZA *apud* BRENES, 1991).

<sup>9</sup> É possível que neste período utilizassem corpos de escravas como cobaias nas escolas de medicina.

[...] houve todo um esforço por parte da corporação médica em construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população. Porém, isto ainda foi pouco para conseguir levar as mulheres à presença do obstetra e muito menos, ainda, para convencê-las e se abrirem para eles. A partir desta problemática, o discurso médico criou como que um "jogo" com a população feminina do Brasil Império. Jogo, porque, por um lado, o discurso médico, em harmonia com os demais discursos presentes no momento, utilizando as estratégias que lhe eram permitidas pelas circunstâncias, forjou para a mulher uma nova subjetividade, que, entre as alterações imediatas que possibilitou a esta, garantiu-lhe um novo papel na sociedade, abrindo-lhe as portas para uma vida social mais intensa, esboçando-lhe nova configuração dentro do lar, da família, tomando-a, enfim, um ser bem mais vivo que a mulher da sociedade patriarcal da colônia. Porém, o ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Deste "jogo" surgiram "o mito do amor materno", a "mãe dedicada", "boa esposa", "a rainha do lar", as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX (BRENES, 1991, p.145).

Conforme Brenes (1991) houve tentativas de atrair as mulheres para os centros de obstetrícia, porém elas viam nestes estabelecimentos um local para se buscar em momento de grande necessidade. Contudo, os estudantes precisavam das parturientes para adquirir a prática, com isso, apelaram ao governo argumentando que, caso as mulheres tivessem seus filhos com as devidas providências (ou seja, nos hospitais), aumentaria a população (cogitando que mulheres e crianças sobreviveriam aos partos), teriam o controle dos nascimentos (uma forma de contar a população) e infanticídios (para poder punir quem o fazia e gerenciar os falecimentos). Esse controle do governo tirava das mãos da igreja a incumbência de registros de nascimentos (através do batismo) e óbitos.

Os estudos de Freire (2006) indicam que entre 1910 e 1950 houve muitos movimentos sociais como: nacionalismo, feminismo, movimento sanitarista e valorização social da ciência. A autora afirma que as revistas femininas eram o veículo ideal de propagação (e conformação) destas ideias. As revistas eram sinônimo de modernidade e proposição de comportamentos. Hoje, elas são para os cientistas fonte de história. Vale salientar que as revistas eram consumidas, majoritariamente e inicialmente, pelas classes média e alta da sociedade.

Ayres *et al* (2018) em um estudo feito a respeito do livro *Parto Natural*, lançado em 1955, vê que as recomendações que visavam ao bem-estar da mulher, do recém-nascido e da família tinham também um cunho pedagógico institucional. “Nesse período, os investimentos na saúde e na educação eram percebidos como estratégicos para obter uma população potente e apta para trabalhar” (AYRES *apud* LIMA, 2018, p.3526). A medicina estava ligada à justiça (os investia de autoridade), ao governo (educação por materiais impressos, além do fortalecimento do sanitarismo no campo político e social) e à opinião pública (reconhecimento e visibilidade).

É precisamente nesta noção de prestígio da pessoa [o médico] que torna o ato ordenado, autorizado e provado, em relação ao indivíduo imitador, que se encontra todo o elemento social. No ato imitador que segue, encontra-se todo elemento psicológico e o elemento biológico. Mas o todo, o conjunto, é condicionado pelos três elementos indissolivelmente misturados (MAUSS, 1934, p. 215).

Segundo Ayres *et al* (2018), mediante a imposição de um modelo de vigilância do governo, a institucionalização médica e, em busca de um trabalho<sup>10</sup> de parto “ideal” (prevenir e evitar complicações no parto), foram recomendados exames, vitaminas, exercício, preparo de mamilos e períneo, etc. A partir de então, aumentou o número de cesáreas no Brasil.

Vale salientar que, Alzuguir e Nucci (2015) afirmam que com o deslocamento do parto domiciliar para o parto hospitalar, as mulheres foram aos poucos deixando de ser as personagens principais no evento parto. O parto é um fenômeno do corpo feminino, da maternidade. O médico é aquele que intervém no corpo feminino

---

<sup>10</sup> A própria palavra trabalho remete ao serviço a desempenhar por algo ou por alguém em uma fábrica. Para entender esse processo, é necessário reconhecer que no desenvolvimento da medicina ocidental revela-se a metáfora do corpo como uma máquina e do médico como mecânico: se o médico for o supervisor, a mulher será a trabalhadora, cuja máquina, o útero, produz o produto, o recém-nascido (um bem social) (MARTIN *apud* AYRES *et al*, 2018, p.3529).

(medicalizando) mediando um nascimento. Esses mediadores não podem, com um discurso científico, tentar legitimar suas práticas como verdadeiras e criar um parto “ideal” e mecânico sem ouvir a mulher que está ali.

## 5. CESÁREA

Segundo a ANS, a cesariana é indicada nos casos em que o parto ofereça risco à mãe ou ao bebê, durante um parto normal. O Ministério da Saúde esclarece alguns parâmetros na portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Em geral, na cesariana são realizados sete cortes: pele, gordura, fáscia muscular, músculo, peritônio parietal, peritônio visceral e o útero. Na cesárea menos invasiva são cortadas apenas as três primeiras camadas sendo que as outras são separadas com os dedos.

A primeira cesárea da história, segundo D’angelo (2017), aconteceu em Praga, em 1337, com o parto da rainha Beatrice. A jovem de 17 anos desmaiou e os médicos fizeram um corte na barriga e retiraram a criança. Na sequência a moça acordou e foi costurada. Na época foi tratado como um milagre. Sobreviveram por muito tempo, mãe e filho. Consoante com Rezende (2009), a primeira operação de cesárea (feito em pessoa viva<sup>11</sup>, pois na descrição anterior, achavam que a mulher estava morta) se deu na Suíça (1500), feita por um marido desesperado (um homem habituado a castrar porcos). Com a retirada do bebê, sobreviveram mãe e filho.

A introdução da cesárea na prática obstétrica só teve início a partir do século XVIII. Tinha uma alta mortalidade fetal e materna e só era praticada em casos muito especiais. Langaard (1873), em seu Dicionário de Medicina Doméstica e Popular, dá-nos o seu testemunho: “Apesar de que não se pode admitir que a operação seja absolutamente mortal, é o número das operadas que escapam muito limitado”. A preferência dos obstetras era para o uso do fórceps<sup>13</sup> ou, se necessário, a embriotomia<sup>14</sup>. Somente no século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira (REZENDE, 2009, p.172).

“No Brasil, a primeira operação cesariana<sup>12</sup> é creditada ao Dr. José Correia Picanço, Barão de Goiana, tendo sido realizada em Pernambuco no ano de 1822” (REZENDE, 2009, p.172). Há ainda muitas histórias contadas do período AC, todavia, estas são as que aparecem na literatura pesquisada dentro do recorte temporal sugerido.

### 5.1 Cesárea iterativa

De acordo com Oliveira et al (2016), cesárea iterativa é quando a mulher já teve uma cesárea anterior e é induzida a uma nova cesárea com o pretexto do risco de ruptura da cicatriz uterina. É muito comum esta indicação médica mesmo sem indicações plausíveis, onde alguns médicos estimulam o medo e insegurança da paciente e superestimam os riscos do parto natural.

Já foi demonstrado que a cicatriz uterina tem pouca influência sobre a evolução do parto seguinte, mas aumenta o risco de infecções puerperais e complicações em gestações futuras, como placenta prévia, patologias hemorrágicas e morbidade neonatal (OLIVEIRA et al, 2016, p.739).

---

<sup>11</sup> A operação cesariana na Antiguidade só era praticada após a morte da parturiente, com a finalidade de salvar o feto ainda com vida. Desde 700 a.C. a lei romana proibia os funerais de toda gestante morta, antes que se fizesse a cesárea para retirada do feto. Os fetos que nasciam com vida eram chamados cesões ou césares (VIEIRA *apud* REZENDE, 2009, p.171).

<sup>12</sup> O parto por cesariana, segundo algumas fontes historiográficas, remete ao nascimento do general líder da República Romana, **Júlio César**. César foi retirado do ventre de sua mãe, Aurélia, após a morte dela. Para salvar o bebê, os responsáveis pelos procedimentos médicos da época tiveram que optar pelo corte do ventre da mãe. Essa história, a despeito de ser exatamente verdadeira ou não, revela muito sobre tal prática e sobre a história da própria medicina. <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/historiageral/historia-parto-por-cesariana.htm>. Acesso em 16 out 2019.

<sup>13</sup> Na Europa do século XVI, uma família de parteiros inventou a primeira versão do fórceps como o conhecemos hoje <https://tudoela.com/forceps/>. Acesso em 16 out 2019.

<sup>14</sup> Operação que consiste em fragmentar o feto no útero para tornar possível a sua extração <https://www.dicionarioinformal.com.br/significado/embriotomia/14422/>. Acesso em 16 out 2019.

## 5.2 Cesárea eletiva

O parto eletivo se dá quando a mãe escolhe quando terá seu bebê. Isso pode acontecer a qualquer momento durante a gestação. Na sociedade moderna, é sinônimo de elite, se dá em maior número entre as classes média e alta da sociedade. É relevante explicitar que o maior número de cesáreas acontece em hospitais da rede particular.

Exatamente para garantir o bem-estar e a segurança desses recém-nascidos é que o Conselho Federal de Medicina (CFM), baseado nas melhores evidências da medicina, exige que cesarianas eletivas no Brasil sejam marcadas apenas após a 39ª semana de gestação. Além de não retirar o direito materno de optar pela via do parto que melhor lhe convier, isso garante ao recém-nascido tempo seguro de gestação. Essa resolução consolida e harmoniza os direitos de mães, recém-nascidos e médicos na decisão por momento e tipo de parto (PIVA, 2016).

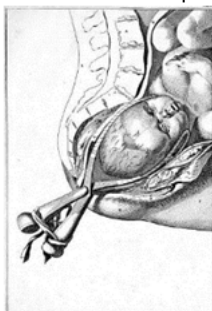
Existem algumas possibilidades de “complicações maternas agudas graves” de parto realizado através de cesariana, segundo estudos de Mascarello *et al* (2017). São eles: infecção pós-parto, hemorragia, transfusão de sangue, trauma obstétrico, má cicatrização, formação de quelóide, placenta acreta e morte materna. Além disso, embolia pulmonar, trombose e infecções que levariam a parturiente às UTI. Sem contar que este procedimento retarda a descida do leite, o que traria uma dificuldade de mamada para o bebê. É factível que, com a retirada do bebê antes de sua chegada iminente, este ainda não esteja com sistema respiratório pronto.

Entre os fatores que influenciam a opção por um parto cesáreo têm sido relatados: (a) a organização da atenção obstétrica, pautada pela conveniência de uma intervenção programada e pela insegurança do médico, decorrente de treinamento insuficiente na gama de variações que ocorrem durante o desenrolar de um parto normal; (b) fatores institucionais ligados à forma de pagamento e à exclusão do pagamento de anestesia peridural para partos vaginais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), situação já revista pelo Ministério da Saúde, mas não modificada em todos os hospitais; (c) a esterilização cirúrgica, realizada frequentemente durante cesáreas eletivas; e (d) fatores socioculturais, que levariam à preferência, por parte das mulheres e dos profissionais de saúde, por um parto cirúrgico, tais como: medo da dor no parto normal, medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina e a crença de que o parto vaginal é mais arriscado do que uma cesárea, sendo esta última considerada a forma mais “moderna” de se ter filhos (FAUNDES & CECATTI, 1991; RATTNER, 1996 *apud* BARBOSA *et al*, 2003, p.1612).

## 6. PARTO COM FÓRCEPS

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), o fórceps (os primeiros modelos surgem no século XVI) só será utilizado em caso de emergência ou sofrimento fetal. É utilizado para corrigir posições, quando a mãe não tem mais força para expulsão ou as condições maternas contraindiquem o esforço, ou seja, sua intervenção acontece baseada em evidências, circunstâncias apropriadas e por médicos experientes.

Figura 1: Imagem do uso de fórceps no século XIX



Fonte: <https://tudorbrasil.files.wordpress.com/2014/01/parto3.jpg?w=1000>  
Acesso em 16 out 2019



O Ministério da Saúde, em uma de suas recomendações, diz que é para “Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem-estar fetal ou prolongamento do segundo período<sup>15</sup>” (BRASIL – MS, 2017, p.27).

## 7. PARTO NA ÁGUA

Segundo Scheidt e Brüggemann (2002) o primeiro parto na água documentado foi em 1803, contudo passou a acontecer mais em 1980 quando Michel Odent pediu que instalasse uma banheira em uma maternidade onde dava atendimento a mulheres que mantinham convênio, ou seja, tinham condições de pagar pelo atendimento diferenciado. Esta forma de parir dá muito conforto à mãe (na fase de dilatação e expulsão) e ao bebê (diminuição do stress ao entrar em contato com o novo ambiente). Há muitos relatos de acontecer em partos domiciliares, onde são montadas piscinas com água morna.

Alguns dos benefícios do parto na água são: aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento; maior mobilidade da mulher; diminuição da percepção dolorosa; contrações uterinas mais eficientes, o que acelera a dilatação cervical; redução do uso de analgesia, das intervenções no trabalho de parto, da realização de cesariana, traumas perineais e de experiências traumáticas de parto (SCHEIDT E BRÜGGEMANN, 2002, p.2).

## 8. PARTO DE CÓCORAS

Parto de cócoras: é um parto de origem indígena, pois as índias tinham seus filhos de cócoras sendo auxiliadas pela ação da gravidade. Neste tipo de parto nem sempre é utilizado a episiotomia, pois há um favorecimento da musculatura vaginal que se abre para todos os lados ao invés de abrir-se para um lado só como acontece no parto tradicional (FIGUEIREDO *apud* OLIVEIRA *et al*, 2003).

Figura 2: Posição de cócoras



Fonte:

[https://imageserve.babycenter.com/26/000/366/Dmv6VSC0ald1E1sRH8JQcrlH4od6kJGq\\_m ed.jpg](https://imageserve.babycenter.com/26/000/366/Dmv6VSC0ald1E1sRH8JQcrlH4od6kJGq_m ed.jpg) Acesso em 18 out 2019.

Conforme Oliveira *et al* (2006), existe um desconhecimento das mulheres a respeito dos tipos de parto e posições alternativas. Esta desinformação se dá por conta das possibilidades ainda oferecidas pelo SUS, que em sua maioria pratica a posição ginecológica. Além dos partos citados anteriormente, existe também o parto sentado com uso de uma cadeira especial, parto de joelhos ou de quatro, parto de lateral (a mulher pode baixar a perna para descansar) e o parto Leboyer<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> Segundo período é quando a mulher alcança o grau máximo de dilatação, daí acontecem os fenômenos mecânicos do corpo feminino e o feto é “expulso”.

<sup>16</sup> Criado pelo médico francês Frédéric Leboyer em 1970, preconiza um parto em ambiente com pouca luz, silêncio após o nascimento, massagens nas costas para estimular os pulmões, banho perto da mãe em ambiente quente, amamentação precoce e o cordão só é cortado quando para de pulsar. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/parto-leboyer.htm> Acesso em 21 out 2019.

## 9. VIOLÊNCIA x HUMANIZAÇÃO

De acordo com pesquisa feita por Barbosa *et al* (2003), 75,6% das mulheres responderam que queriam parto normal no início da gravidez. No entanto, com o desdobramento das consultas e exames, alguns médicos levantam algumas questões técnicas e as mães (principalmente as primíparas) se sentem inseguras e não discordam dos médicos por medo de não estar apta a escolher o que é melhor para ela e seu filho. Esta situação pode acontecer no pré parto ou parto. Então, o parto, que seria normal, termina em cesárea. Isto constitui um tipo de violência simbólica, segundo Bourdieu<sup>17</sup>, onde o médico detém o conhecimento (é o dominador) e a paciente fica subordinada (é detenta). O hospital, de maneira subjetiva, é uma instituição que mercantiliza a reprodução da vida; a mulher é uma fábrica e o bebê é o produto.

Fundamentado em pesquisa feita por Aguiar *et al* (2013), estudos apontam que este tipo de violência em maternidades é resultado de um sistema precário e desassistido e isto inclui a conduta desrespeitosa de profissionais de saúde envolvidos com assistência à mulher (médico(a)s, enfermeiro(a)s e técnico(a)s de enfermagem) com “atos de negligência, maus-tratos físicos e verbais, e violência sexual” (AGUIAR *et al*, 2003, p.2288). Neste caso, o hospital é um intermediador entre políticas públicas e práticas profissionais e deve intervir em busca de melhorias.

Gonsalves (2017) explica que a violência obstétrica é um acontecimento antigo que passava despercebido devido à cultura do sofrimento do parto. O termo só chegou na academia em 2014

[...] sobre violência, entendida como a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica com o objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade, comunicação e ação livres impedidas ou anuladas (CHAUÍ *apud* AGUIAR *et al*, 2003, p.2288).

Segundo Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres em 2012, as mulheres nos hospitais ouvem frases como:

“Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?” “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.” “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.” “Na hora de fazer, você gostou, né?” “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.” (p.2).

Além disso, Zanardo *et al* (2017) explica que as parturientes são submetidas a intervenções desnecessárias como: toques vaginais, episiotomia, analgesia, incisão de ocitocina para acelerar o trabalho de parto e intervenção cirúrgica, causando insatisfação entre os usuários do sistema. Em 1980, surge um movimento pela humanização do parto e combate a este modelo. De acordo com a OMS, a humanização do parto preconiza: estímulo do parto vaginal, dizer à mulher o passo a passo do que será realizado com ela e seu filho, dar a ela líquidos (e sólidos com moderação) para evitar a hipoglicemia, liberdade de movimentos durante o parto<sup>18</sup>, amamentação imediatamente após o parto, presença de acompanhante e recém-nascido juntos à parturiente, presença das enfermeiras obstetras e a presença de parteiras treinadas onde não há rede hospitalar. A ideia é diferenciar o entendimento da equipe hospitalar para que ela seja capaz de identificar as necessidades das pacientes e interagir com respeito ao ser humano e ao direito do cidadão, ou seja, é uma mudança de paradigmas e nem tanto de estrutura física das maternidades.

A humanização do parto, reconhecida como uma política pública de saúde [...] é um conjunto de condutas, atitudes e posturas, ausentes de julgamentos e baseadas no diálogo, na empatia e no acolhimento da usuária e de seus familiares; o fornecimento de orientações e

---

<sup>17</sup> **Pierre Bourdieu** tornou-se referência na Antropologia e na Sociologia publicando trabalhos sobre educação, cultura, literatura, arte, mídia, linguística e política. Suas reflexões dialogavam tanto com as esferas de Max Weber, como com as classes de Karl Marx. Adotando a nomenclatura de construtivismo estruturalista ou de estruturalismo construtivista, Bourdieu argumentava que há estruturas objetivas no mundo social que podem coagir a ação dos indivíduos. Todavia essas estruturas são construídas socialmente. Por outro lado, Pierre Bourdieu rejeitava a dicotomia subjetivismo/objetivismo nas ciências humanas, dizendo que as relações sociais estão numa relação dialética. Disponível em: <https://www.infoescola.com/biografias/pierre-bourdieu/> Acesso em 22 out 2019.

<sup>18</sup> A mulher pode caminhar, escolher a posição de parir e relaxar para aliviar a dor. Durante o trabalho de parto podem ocorrer massagens terapêuticas, banho morno ou qualquer outra forma de relaxamento conveniente à parturiente.

informações quanto às condutas a serem adotadas; a valorização da parturiente e a sua personificação enquanto sujeito de direitos e necessidades (POSSATI *et al*, 2017, p.5).

Em 2000, o governo lança o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (Ministério da Saúde, 2002, p.5). O programa ainda está em andamento e não está implantado em todo Brasil.

## 10. O RITUAL DAS PARTEIRAS

Maia (2013) fez uma pesquisa com parteiras e seu atendimento de extrema relevância em regiões do Brasil onde não há atendimento hospitalar próximo ou a contento para todos os habitantes. Estas são mulheres de referência, servidoras voluntárias da comunidade, pois em sua grande maioria não há remuneração, às vezes um escambo. Dão assistência à saúde reprodutiva da mulher, além de acolhimento em suas angústias, influenciando em suas vidas, assistindo suas famílias no pós-parto e contribuindo com um ambiente harmônico em suas casas nos primeiros 40 dias de vida do bebê. Segundo elas, este é um período fundamental para a amamentação se concretizar e a “mãe do corpo” voltar para o lugar. Elas conhecem manobras ou massagens para mudar a posição da criança dentro da barriga e facilitar o parto e diminuir as dores das grávidas. Cuidado que vai além da fisiologia, é cuidado humanizado. Seu atendimento tem um valor intangível. Só quem recebe pode dimensionar.

Maia (2013) fala que estas mulheres cultivam ervas, são curandeiras e benzedoras/rezadeiras da região (eficácia simbólica). Elas carregam consigo muito conhecimento a respeito de simpatias, rezas, crenças e simbologias, agregando um caráter espiritual e de visão holística sobre o parto.

Na Idade Média, a história das parteiras remonta à das bruxas<sup>19</sup>, confundindo-se com ela. A imagem da parteira<sup>20</sup> apresenta-se de forma sempre ambígua, pois a parteira encontra-se num cruzamento onde a vida e a morte podem estar presentes (MAIA, 2013).

De acordo com Maia (2013) esta vivência religiosa no parto é uma cultura antiga, registrada em figuras egípcias, gregas e romanas, que desenvolviam a medicina vinculada a deuses. Invocava-se estes no auxílio ao parto como conforto psicológico e espiritual. Já naquele tempo se pensava em comidas, bebidas e rezas/orações (palavras que transmitem bem-estar e consolo) para proporcionar momentos de alívio e força para a mulher ao parir. Ver o parto como um ato sagrado<sup>21</sup>, com um envolvimento espiritual, dá à mãe um apoio, respeito e acolhimento afetivo que sustentará a saúde física e mental do bebê e dela própria.

Após séculos de cultura material buscamos hoje uma espiritualidade simples e sólida, baseada na percepção do mistério do universo e do ser humano, na ética da responsabilidade, da solidariedade e da compaixão, fundada no cuidado, no valor intrínseco de cada coisa, no trabalho bem feito, na competência, na honestidade e na transparência das intenções (BOFF, 2001 *apud* MAIA, 2013).

As parteiras estudadas por Maia (2013) relatam (emocionadas) o momento de nascimento de uma criança, como um fenômeno da natureza “intermediado por Deus” no qual elas foram abençoadas estando ali, com o dom de partejar, diante de um milagre da vida. Em suas entrevistas Maia (2013), não tinha intenção de

---

<sup>19</sup> As parteiras foram alvo de inquisidores quando aconteceu a caça às bruxas pela Igreja Católica devido ao seu conhecimento e atuação sobre o corpo feminino. Eram consideradas supersticiosas e cheias de crendices (SPINK *apud* MAIA, 2013).

<sup>20</sup> O Ministério da Saúde em reconhecimento as parteiras e seu atendimento a lugares longínquos e sem cobertura médica, em 2000, criou um programa para desenvolver a qualificação destas mulheres. Evidente que se trata também de uma estratégia para melhorar a saúde pública e estimular a troca de saberes e desenvolvimento científico. É de responsabilidade pública a melhor assistência ao parto. As enfermeiras obstetras são conhecidas como parteiras urbanas, no entanto seu atendimento se dá, de forma regulamentar, dentro dos hospitais.

<sup>21</sup> O sagrado tem a ver com religião, crença, mitos e se manifesta diferente do que é comum: é algo extraordinário e transcendental, maravilhoso e fascinante. Mexe com as emoções e sentidos. “Um rito pode ter esse caráter; inclusive, não existe rito que não o tenha em algum grau. Há palavras, frases, fórmulas que só podem ser pronunciadas pela boca de personagens consagrados (DURKHEIM, 2009, p.20).

saber a religião das parteiras e sim a “espiritualidade subjacente a elas” que impregnavam seus discursos e sentimentos. Elas são parteiras como suas mães foram, como suas avós foram... como se fosse um culto à ancestralidade, ao misticismo, à sabedoria e à tradição, elas acolhem novas vidas em suas mãos como se estivessem “governadas pelos anjos”.

Segundo Maia (2013), na Guatemala, as parteiras são tidas como mulheres especialistas em rituais (tidas como mulheres sagradas). Na Holanda, hoje em dia, as parteiras são responsáveis pelos partos domésticos e apenas 7% tem parto cesárea. É um dos menores, senão o menor, índice de cesárea no mundo, graças às parteiras que atendem em casa.

## 11. PARTO: NOVAS PERSPECTIVAS

Gonsalves (2017) fez um estudo etnográfico de mulheres que utilizam (e não) ayahuasca e práticas terapêuticas na gestação, parto e pós-parto, em busca de um parto mais natural e humanizado, em uma experiência corporal transcendente. O uso de ayahuasca surgiu na vida urbana em meados do século XX. Seu uso está entre os índios há muito e muito tempo. Este conhecimento é transmitido entre eles de forma tradicional e intencional.

Neste estudo de Gonsalves, foi analisado o uso de ayahuasca<sup>22</sup> pelos daimistas especificamente. O consumo de ayahuasca por crianças e grávidas, apesar de liberado, ainda causa debate e é pouco discutido em literatura. O objetivo de Gonsalves foi comparar o parto das mulheres considerando suas práticas religiosas e espirituais.

Ayahuasca é vista no parto como

[...] uma bebida como instrumento religioso, de concentração mental e interiorização, levando mulheres a atingir estados ampliados de consciência durante a gestação e no trabalho de parto, estados, onde a consciência e a percepção se encontram com um maior poder para perceber, enfocar e examinar de uma forma mais ampla, aquilo que vai além das possibilidades de captação dos sentidos físicos comuns (GONSALVES, 2017, p.15).

A parteira entrevistada por Gonsalves explica que usa o Daime (ayahuasca) nos partos como remédio e segundo sua intuição, ou seja, é bebido de acordo com cada situação. O trabalho intuitivo é espiritual e não técnico. A intuição vem conforme a conexão da parteira espiritual (como é conhecida) com “poderes mágicos” e “saber-curar religioso”, momento que invoca Santa Margarida ou a Nossa Senhora do Bom Parto. As parteiras, normalmente, respeitam todas as religiões e a parturiente chama a pessoa com a qual ela sinta mais afinidade.

Segundo Gonsalves (2017) e suas pesquisas, o chá, quando utilizado com bom senso durante o parto, traz a manifestação do sagrado feminino e transcendental para o momento sublime do nascimento de um ser. As manifestações do corpo da mãe durante o trabalho de parto, suas atitudes e percepções do que está para acontecer são aguçados com o uso do chá. O parto não é um processo racional e o chá propicia a finura e normalização dos sentimentos e sentidos. “O parto com o Daime é um estudo, um estudo muito fino. E a pessoas precisa ter conhecimento desse poder. Tanto a parteira como a parturiente” (PARTEIRA DO SANTO DAIME, *apud* GONSALVES, 2017, p.64).

## 12. O PAPEL DA DOULA NO CENÁRIO OBSTÉTRICO

Durante o parto pode estar presente, caso a parturiente queira, a doula.<sup>23</sup> A doula não é uma enfermeira ou médica (pode até ser, caso esses profissionais queiram). Ela é uma acompanhante especial/diferenciada, transmitindo segurança e alívio através de comunicação oral e toque. Elas entendem o conhecimento inato de parir do corpo feminino e transmitem isso as mulheres empoderando e respeitando-as. As doulas podem ter em

---

<sup>22</sup> Bebida psicoativa para os cientistas, porém enteógena para os adeptos de seu uso. Enteógeno significa Deus dentro. Ayahuasca ou Daime é o nome dado a um chá preparado com um cipó chamado jagube e de folhas conhecida como rainha. O Santo Daime é uma bebida sagrada que provoca a expansão da consciência e a ascensão espiritual a planos Superiores. Os indígenas e seguidores acreditam no efeito terapêutico do chá. <https://www.bialabate.net/news/consumo-da-ayahuasca-por-gravidas>

<sup>23</sup> “A doula surge como um resgate da presença feminina no momento do parto, cuidando, incentivando e lembrando sempre que ela é capaz de parir” (GONSALVES, 2017, p.36). Elas dão um suporte físico e emocional as grávidas, parto e pós-parto. Além de serem um agente fiscalizador caso o parto aconteça no hospital, elas auxiliam as puérperas com dicas na amamentação.

seu currículo a possibilidade de práticas alternativas<sup>24</sup> e atendimentos terapêuticos como massagem, aromaterapia e *reiki*, por exemplo.

A presença da Doula instaura o novo paradigma. Ela é o elo de ligação entre a equipe obstétrica e a família. A primeira, responsável por garantir a saúde em termos técnicos e orgânicos durante a gestação e o parto; a segunda, responsável por promover a saúde em termos emocionais e de infraestrutura. A função da doula é criar um ambiente de conforto tanto físico como emocional à parturiente (GUIMARÃES, 2019).

As doulas fazem parte do movimento de humanização do parto, trabalham na mudança de paradigmas, na escolha da mulher de como parir, além de trazer benefícios importantes para a mulher com sua presença. É importante frisar que “O movimento da humanização do parto, hoje atuando fortemente no Brasil, não carrega a bandeira de que se deve voltar a parir como nossas ancestrais” (GUIMARÃES, 2019), afinal, a atuação médica em gestações de risco que antigamente matavam mulheres e filhos, hoje tem mais chance de ter um final feliz.

Ser doula parte de um sentimento de compaixão pela outra mulher. Por uma identificação, uma qualidade de escuta fina de suas necessidades. Passa também por um profundo sentimento de humildade. Porque precisa ser desenvolvida nela uma qualidade de sombra, de anjo da guarda invisível, e a certeza de que quanto menos ela precisar fazer, mais forte e preparada está a mulher. E nesse sentido, menos vira mais. A protagonista é a mulher parindo. A doula ocupa o lugar da maternagem, do *holding*, para a mulher parindo (Guimarães, 2019).

De acordo com Guimarães (2019), as doulas fazem um elo entre mulher e filho, mulher e marido, marido e filho, mulher e médico (a), mulher e enfermeira (o), médico (a) e marido, tudo para garantir uma sintonia e harmonia no momento do nascimento e subsequente. É uma pessoa que carrega a responsabilidade de ser discreta, respeitosa, mediadora, protetora daquela mulher, daquela família, amenizando as situações difíceis, uma moderadora. “Não cabe a doula julgar qualquer decisão da parturiente” (GUIMARÃES, 2019).

Dentro do cenário obstétrico, a doula, como profissional, é a pessoa que pode carregar e expandir a consciência desse cuidado mais íntimo e singularizado, ligado a uma dimensão de espiritualidade cotidiana e simples, mas ao mesmo tempo potente e revolucionária (GUIMARÃES, 2019).

## 12. NATUREZA E CULTURA NO EVENTO PARTO

De acordo Alzuguir e Nucci (2015), durante o Iluminismo houve uma propagação da ideia de “natureza feminina” trabalhada no campo das ciências e de gênero, “a partir dos processos reprodutivos das mulheres” (p.219). Segundo as autoras, a ciência se baseia em um determinismo biológico para argumentar a respeito da maternidade sem levar em conta as condições sociais, as desigualdades de gênero e as dimensões sócio-políticas do parto. Além do mais,

[...] com o advento da ciência moderna, a natureza biológica de dois corpos irreduzíveis se torna a base inquestionada [...] de justificação da ordem desigual de gênero. [...] Enquanto corpo e sexo eram domínios, até há pouco tempo, restritos às ciências biomédicas, as ciências sociais investigavam os determinantes socioculturais que incidiam sobre a realidade biológica (corpo) “autoevidente” (ALZUGUIR E NUCCI, 2015, p.221).

As autoras analisaram textos em um *blog*<sup>25</sup> que fala de parto e amamentação, onde mulheres exaltam a natureza do corpo feminino como perfeita e sábia, apta a parir e amamentar dispensando intervenções médicas e produtos industrializados (leite e mamadeira). As mulheres do blog se baseiam em evidências científicas para

<sup>24</sup> As práticas alternativas fogem a racionalidade médica, pois é holística, energética e naturalística. Envolve processos mentais, físicos, emocionais e espirituais.

<sup>25</sup> O nome do *blog* é “Maternidade Ativa- Vila Mamífera”, composto por mulheres de classe média de centros urbanos que se identificam como mães mamíferas.

expor suas ideias e citam a ocitocina como um hormônio próprio da natureza mamífera feminina, pois se apresenta no corpo na hora do parto e da amamentação. Esta palavra mamífera que definem as mulheres e discursos do blog, dá “a noção de que elas são uma extensão das fêmeas do reino animal” (p.228), se diferenciando deles apenas pela razão.

Contudo, surgem algumas análises: então a pessoa que não pariu, adotou, não vai matinar fora deste contexto? E quando o parto não puder ser natural ou a mulher não puder amamentar, ela será rotulada de “desnaturada”? E quando a mulher não puder ficar em casa para amamentar devido ao seu trabalho que sustenta a família, como ela se encaixará nesse idealismo ditado pelo blog? Os partos domiciliares requerem acompanhamento de parteiras urbanas, pagas. Como realizar isto entre pessoas de baixa renda? Ou seja, a disseminação de algumas teorias não faz sentido entre as classes inferiores, classes estas que não conseguem seguir o padrão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho demonstrou mudanças nos métodos e costumes de parto ao longo de um curto espaço de tempo. Passou de um evento caseiro para hospitalar, de uma assistência empírica e pessoal para uma assistência científica e mecânica. Isto desenvolveu a preocupação de órgãos públicos nacionais em aumentar o número de partos vaginais nas instituições. Essa preocupação tem muitas vertentes, a meu ver. Algumas delas: a diminuição dos custos com o parto cesáreo e o aumento de intervenções médicas desnecessárias com as parturientes (as grávidas não podem ser chamadas de pacientes, pois não se encontram doentes).

Algumas mulheres pensam que ter um bom parto está relacionado a ele ser rápido e o bebê ser sadio e isso contribui com o aumento de cesáreas, principal modelo de parto brasileiro; outras mulheres, no momento das contrações mais fortes, “parecem fora de si” e aceitam ser manipuladas e não percebem que estão sendo violentadas em seu querer. Sendo assim, quando estão com seus filhos nos braços, esquecem todo o ocorrido com seus corpos. Não existe ainda um parâmetro brasileiro para violência obstétrica, mas o exemplo anterior se constitui em uma. Dois exemplos de países que estão à nossa frente: a Venezuela é pioneira em tornar a violência obstétrica como algo ilegal e a Holanda onde o índice de cesáreas é de 7%.

A mudança da formação profissional e das instituições e o treinamento de capacitação na forma de pensar e agir de trabalhadores nas instituições de saúde são de extrema importância para melhoria no atendimento à gestante e puérpera em suas necessidades, tornando o parto mais humanizado possível, seja ele qual for. Até o parto cesariana pode ser humanizado, se bem orientado pelos profissionais. É dever deles prestar um atendimento em que a parturiente e familiares se sintam completamente à vontade e satisfeitos, com atenção médica comum e alternativa.

Por essas e outras, há um crescente interesse das ciências humanas com relação ao parto e à experiência feminina. O parto (vaginal ou não) é um trabalho essencialmente feminino onde homens podem ser coadjuvantes. O parto é a renovação da vida da mulher. Há mudanças nos planos físico, mental e social da família. O parto tem que ser como ele deve ser e não ser idealizado. Parto humanizado é direito de cidadania e respeito ao querer da mulher.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina M.; D'Oliveira, Ana Flávia P. L.; SCHRAIBER, Lilia B. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>. Acesso em 22 out 2019.

ALZUGUIR, Fernanda Vecchi; NUCCI, Marina. **Maternidade Mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães**. Mediações Londrina, V,20 NI, P 217-238, JAN/JUN 2015.

AYRES, Lilian Fernandes Arial; HENRIQUES, Bruno David; AMORIM, Wellington Mendonça de. **A representação cultural de um “parto natural”**: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. Ciência & Saúde Coletiva, 23(11):3525-3534, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3525.pdf>. Acesso em 16 out 2019.

BARBOSA, G. P.; GIFFIN, Karen; ÂNGULO-TUESTA, Antonia; GAMA, Andrea de S.; CHOR, Dóra; D'ORSI, Eleonora; REIS, Ana C.G.V. **Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>. Acesso em 21 out 2019.

BARRETO, Maria Renilda. **Maternidade para escravas no Rio de Janeiro (1850-1889)**. Revista de História Regional 21(2): 389-406, 2016. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr>. Acesso em 15 out 2019.

BRASIL - Ministério da Saúde - **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>. Acesso em 22 out 2019.

BRASIL - Ministério da Saúde - **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal** – Brasília, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em 18 out 2019.

BRASIL - Ministério da Saúde – **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em 23 out 2019.

BRASIL - Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820). Acesso em 17 out 2019.

BRENES, Anayansi Correa. **História da parturição no Brasil, século XIX**. Cad. Saúde Pública vol.7 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 1991 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002). Acesso em 11 out 2019.

CAMPOS, Neusa F.; MAXIMINO, Danielle A. F. M.; VIRGÍNIO, Nereide de A.; SOUTO, Cláudia G. V. **A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa**. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Abr. 2016;14(1):47-58 <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/5.-A-IMPORT%C3%82NCIA-DA-ENFERMAGEM-NO-PARTO-PRONTO.pdf>. Acesso em 17 out 2019.

CÓCORAS (imagem). Disponível em: [https://imageserve.babycenter.com/26/000/366/Dmv6VSC0ald1E1sRH8JQcrIH4od6kJGq\\_med.jpg](https://imageserve.babycenter.com/26/000/366/Dmv6VSC0ald1E1sRH8JQcrIH4od6kJGq_med.jpg). Acesso em 18 out 2019.

D'ANGELO, Helô. **A primeira cesárea da história**. Revista Super Interessante. 31 mar 2017, 19h59 - Publicado em 29 mar 2017, 17h32. Disponível em: <https://super.abril.com.br/historia/a-primeira-cesarea-da-historia/>. Acesso em 16 out 2019.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1996, p.3-26

EMBRIOTOMIA (imagem). Disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/significado/embriotomia/14422/>. Acesso em 16 out 2019.

FERNANDES, Cláudio. **História do parto por “cesariana”**. Disponível em: <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/historiageral/historia-parto-por-cesariana.htm>. Acesso em 16 out 2019.

FOUCAULT, M. **O sujeito e o poder**. In: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M, organizadores. **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p.231-49.

FÓRCEPS (imagem). Disponível em: <https://tudorbrasil.files.wordpress.com/2014/01/parto3.jpg?w=1000>. Acesso em 16 out 2019

FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista em revistas femininas**. Tese de Doutorado em História das Ciências e da Saúde. Casa Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19793/2/34.pdf>. Acesso em 18 out 2019.

GONSALVES, Mariana Pereira. **Mães do equilíbrio: prática religiosa e terapêutica em mulheres que [não] fazem uso da ayahuasca durante a gestação e parto** em João Pessoa. João Pessoa, 2017.

GUIMARÃES, A. **Breves considerações sobre o estudo e exercício da medicina no Brasil e em França**. Doutor em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Paris, 1863.

GUIMARÃES, Carolina de Carvalho Duarte. **Espiritualidade do cuidado: o papel da doula no cenário obstétrico**. Disponível em: <http://www.gerando.com.br/espiritualidade-do-cuidado-o-papel-da-doula-no-cenario-obstetrico/>. Acesso em 02 dez 2019.

JUNQUEIRA, C; MINDLIN, B. **Índias e antropólogos**. Estudos Avançados, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000300014&script=sci_arttext). Acesso em 14 out 2019

MAIA, Luna Maia. **Com o poder de Deus nas mãos: concepções das parteiras acerca da vivencia do parto numa perspectiva da espiritualidade**. João Pessoa, 2013.

MAUSS, M. **Les techniques du corps in Sociologie et Anthropologie**, PUF, Paris, 1950. Traduzido Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/As\\_t%C3%A9cnicas\\_do\\_corpo.html?id=7ulfDwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books/about/As_t%C3%A9cnicas_do_corpo.html?id=7ulfDwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Acesso em 15 out 2019.

MENDES, Mariana. **O que é fórceps? Entenda essa ferramenta usada no parto normal**. Disponível em: <https://tudoela.com/forceps/>. Acesso em 16 out 2019.

MORAES, Paula Louredo. **Parto Leboyer**; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/biologia/parto-leboyer.htm>. Acesso em 21 de outubro de 2019.

OLIVEIRA, J.C; SILVA, S.C.P; RIBEIRO, V.D; FILIPINI, S.M; LEITE, F.S. **Conhecimento das gestantes sobre os tipos de parto**. X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e pgs 656 a 659 VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2006/inic/inic/03/INIC0000487\\_OK.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/inic/inic/03/INIC0000487_OK.pdf). Acesso em 21 out 2019.

OLIVEIRA, R.R.; MELO, E.C.; NOVAES, E.S.; FERRACIOLI, P.L.R.V.; MATHIAS, T.A.F. **Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems**. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(5):733-740. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>. Acesso em 21 out 2019.

Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 22 out 2019.

PIVA, Jefferson P. **Cesariana eletiva: decisão regida por direitos**. Conselho Federal de Medicina – CFM. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26627:2016-12-09-13-08-48&catid=46:artigos&Itemid=18](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26627:2016-12-09-13-08-48&catid=46:artigos&Itemid=18). Acesso em 18 out 2019.

PORTAL SNS. **Recomendações OMS**. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>. Acesso em 14 out 2019



POSSATI, A. B.; PRATES, L. A.; CREMONESE, L.; SCARTON, J.; ALVES, C. N.; RESSEL, L. B. **Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras.** Escola Anna Nery 21(4) 2017. [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf). Acesso em 17 out 2019.

PRISZKULNIK, Goldete; MAIA, Anselmo C. **Parto humanizado: influências no segmento saúde.** O Mundo da Saúde. São Paulo: 2009;33(1):80-88. [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/66/80a88.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf). Acesso em 17 out 2019

REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. **A primeira operação cesariana em parturiente viva.** pp. 171-172. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-19.pdf>. Acesso em 16 out 2019.

SALLES, P. **História da medicina no Brasil.** Belo Horizonte, Ed.G. Holman, 1971. p. 141-161.

SCHEIDT, Tânia Regina; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **Parto na água em uma maternidade do setor suplementar de saúde de Santa Catarina: estudo transversal.** Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt\\_0104-0707-tce-25-02-02180015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-02180015.pdf). Acesso em 17 out 2019.

SOUZA FILHO, J.A. **O ensino da clínica obstétrica na Universidade da Bahia.** Salvador, Ed. da Universidade Federal da Bahia, 1967.  
Disponível em: <https://eventos.ufpr.br/semanarq/semanarq2017/paper/viewFile/1072/405>. Acesso em 11 out 2019.

TREVISAN, Karina. **Parteira urbana ou obstetriz: quem são e o que fazem essas profissionais.** Entrevista. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9iYF0XfM8gg>. Acesso em 11 out 2019.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto.** Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. ISSN 2179-6890. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/viewFile/1842/1731>. Acesso em 11 out 2019.

ZANARDO, Gabriela L. P.; URIBE, Magaly C.; NADAL, Ana H. R.; HABIGZANG, Luísa F. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil. Psicologia & Sociedade, 29: e155043. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em 22 out 2019.