



MEDICALIZAÇÃO X HUMANIZAÇÃO: O CUIDADO AO PARTO NA HISTÓRIA

MEDICALIZATION X HUMANIZATION: CHILDBIRTH ALONG HISTORY

*Sabrina Lins Seibert**
*Jéssica Louise da Silva Barbosa***
*Joares Maia dos Santos****
*Octavio Muniz da Costa Vargens*****

RESUMO: Este estudo surgiu dos questionamentos dos autores acerca dos procedimentos relacionados ao parto praticados na maioria dos estabelecimentos de saúde, refletindo-se nos altos índices de cesarianas realizadas no Brasil. Objetiva-se, através de pesquisa bibliográfica, do período de 1947 a 2004, analisar a evolução do conceito de parto frente a diferentes paradigmas assistenciais. O cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações através dos tempos, decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina. Tais mudanças tornaram o parto um processo impessoal em prol da redução da mortalidade materna e neonatal. Atualmente, um novo conceito de atenção à saúde, que focaliza a garantia de qualidade de vida desde o nascimento, vem sendo proposto. Com uma assistência humanizada, evitam-se intervenções desnecessárias e preserva-se a privacidade e autonomia da mulher cidadã.

Palavras-chave: História; humanização; mulher; parto.

ABSTRACT: This study has been inspired by the authors' questions regarding the childbirth procedures practiced in the majority of health centers, which result in the high taxes of cesarean procedures found in Brazil. The purpose was to analyze the evolution of the childbirth concept in the face of different care paradigms, from 1947 to 2004. The care delivered to women during the process of childbirth underwent many changes along the time, as a result of the medicalization and institutionalization of childbirth, as well as of technological and medical improvements. Such changes turned childbirth into an impersonal process in favor of the reduction of maternal and child mortality. Presently a new concept of health attention, that focuses the assurance of quality of life since the birth, has been proposed. By the humanization of care, unnecessary interventions are avoided and the privacy and autonomy of women are preserved.

Keywords: History, humanization, woman, childbirth.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Vivemos, hoje, no Brasil, uma situação alarmante, onde o número de partos cesários está entre os mais altos do mundo, podendo ultrapassar 80% dos casos em instituições hospitalares privadas, além da adoção indiscriminada de práticas desnecessárias, atribuindo-se ao parto normal, muitas vezes, uma conotação negativa perante as mulheres. Sabe-se que tanto a mortalidade materna quanto as esterilizações cirúrgicas estão di-

retamente relacionadas ao uso abusivo de cesarianas no Brasil, e mesmo assim não temos mecanismos eficientes para seu controle e regulação, submetendo mulheres e recém-nascidos a riscos desnecessários¹.

Tal constatação nos chamou a atenção, levando-nos a desenvolver este trabalho de reflexão teórica, na busca de entender como aconteceu, no decorrer da história, a transformação deste

evento natural da vida da mulher em um evento patológico e, portanto, medicalizado.

Para tal, estamos nos embasando em uma revisão de literatura, como forma de nos apropriarmos melhor do assunto, trazendo os aspectos mais importantes deste processo de medicalização e apontando o porquê da necessidade de humanização do parto para o aumento da qualidade no nascimento e a retomada da autonomia feminina.

O texto tem como objetivo analisar a evolução histórica dos procedimentos de assistência ao parto a partir dos conceitos de parto e dos diferentes paradigmas de assistência. Este estudo tem como referencial os paradigmas de assistência descritos por Davis-Floyd².

Consideramos que a realização deste estudo poderá influenciar positivamente nas relações interpessoais, de modo que os enfermeiros atuantes na área se conscientizem, cada vez mais, de seu papel na sociedade, elevando a mulher a sujeito ativo durante todo o processo de nascimento, incentivando a melhoria da assistência e melhorando, conseqüentemente, a relação enfermeiro-cliente-instituição de saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica abrange obras do período de 1947 a 2004, tendo como eixo condutor a evolução histórica do conceito de assistência ao parto. Foram consultadas obras identificadas através das bases de dados LILACS e Scielo, e da busca direta nas bibliotecas setoriais do Instituto de Medicina Social e da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

O CUIDADO AO PARTO NA HISTÓRIA

O cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações através dos tempos, decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina³. Apesar desses avanços terem correspondido às expectativas de queda da mortalidade materna e principalmente infantil, eles contribuíram para que hoje a parturiente seja a *paciente*, sem direito sobre o próprio corpo, violada e muitas vezes des-

respeitada como ser humano e cidadã – plena de direitos. Ao refletirmos criticamente sobre a dominação do corpo da mulher, percebemos a demarcação do corpo da gestante com nomes médicos, característicos do gênero masculino, sendo eles usados como alguns dos dispositivos simbólicos de dominação⁴.

No passado, o parto era acompanhado por mulheres em ambiente domiciliar, por parteiras ou comadres, que eram pessoas de confiança da gestante ou de experiência reconhecida na comunidade, que tinham algum saber acerca dos mecanismos de reprodução⁵. A participação masculina até o século XII era muito pequena, contrária aos padrões culturais dominantes na época, levando a um atraso no desenvolvimento de uma atividade médica ligada à mulher. A assistência à parturiente era considerada assunto de mulheres, em que as parteiras criavam um clima emocional favorável, com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações, e os homens apenas realizavam assistência a partos de animais⁶.

Aos poucos a figura masculina começa a surgir no cenário do parto, marcando a forte presença do gênero existente na época. Na idade média, dominada pela igreja, tem início a atuação do parteiro-sacerdote, cuja colaboração era pedida pela parteira nos casos complicados⁷. As parteiras, além de ajudarem no processo de parir, eram benzedoras que recitavam palavras mágicas para auxiliar no controle da dor e no parto, além de realizar abortos, e serem cúmplices em infanticídios e abandonos, o que deu margem ao descrédito da profissão. A imagem da parteira sempre foi ambígua⁸, podendo ser valorizada ou condenada conforme fica claro na seguinte citação:

Elas pode ser aborteira ou denunciar mulheres que abortam, tornar-se cúmplice de infanticídios ou auxiliar a reprimi-los, facilitar o abandono de crianças ou participar da procura de mães que doam seus filhos^{8:34}.

Tal ambigüidade levou a uma intervenção do Estado e da Igreja cujos objetivos alegados eram impedir a realização de abortos e infanticídios, coincidindo com as perseguições às feiticeiras, entre as quais muitas eram parteiras que foram queimadas pelas fogueiras da Inquisição, conseguindo transformar sua prática em uma atividade suspeita. Segundo Giffin¹, a partir do século XVI, essa tradição (partejar) começa a sofrer regulamentações, governamentais

ou da igreja, submetendo as parteiras das cidades européias a exames prestados diante de comissões municipais ou eclesiásticas.

Apesar da aproximação médica ao parto no início do século XVI, foi durante os séculos XVIII e XIX que essa prática se desenvolveu, organizou, e se legitimou, em meio aos discursos de exaltação da maternidade⁹.

A criação do fórceps, pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, e o desenvolvimento da técnica, leva a um declínio na profissão das parteiras, permitindo a expressão concreta da intervenção masculina nos cuidados ao pé do leito, e substituindo enfim o paradigma não-intervencionista pelo parto controlado pelo homem³. Como meio de facilitar tais intervenções, e sob a influência de François Mauriceau, da escola obstétrica francesa, o parto horizontal também passa a ser adotado¹⁰.

Mais do que qualquer outro instrumento, o fórceps simbolizou a arte da obstetrícia médica, influenciando sua aceitação como disciplina técnica e científica consolidando definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso. De acordo com Sato e Brito^{6,2}, a partir daí, o parto acabou sendo caracterizado como evento médico, cujos significados científicos aparentemente viriam a ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública com a presença de outros atores sociais.

No entanto, a competição entre médicos e parteiras estendeu-se durante séculos. As parteiras, não tendo acesso à universidade, portanto, ao conhecimento, foram aos poucos se tornando subordinadas aos cirurgiões e físicos e se afastando gradualmente das práticas obstétricas. O avanço do capitalismo industrial acabou por culminar com o monopólio dos médicos no exercício da obstetrícia. Entretanto, foi necessário todo o século XIX para que fossem desenvolvidas novas técnicas de cirurgia, anestesia e para o uso da assepsia durante o trabalho de parto, e a institucionalização do parto foi fundamental para o desenvolvimento de tais técnicas. Com o aprimoramento do saber médico, o índice de mortalidade materna começou a diminuir, o que contribuiu para a aceitação da hospitalização perante a sociedade. Ter seus filhos em hospitais passou a parecer mais seguro para as mulheres⁹.

No Brasil, o desenvolvimento da obstetrícia não se deu de forma distinta da Europa. No período colonial, as parteiras eram detentoras da arte

de partejar, possuidoras do saber empírico e praticantes de artes místicas como forma de minimizar o sofrimento das parturientes.

Entretanto, no Brasil, a evolução da obstetrícia se deu de forma lenta e gradual, uma vez que dependia da vinda de profissionais estrangeiros ou do retorno de alguns aristocratas que tivessem ido estudar na Europa. Quando a corte portuguesa veio para o Brasil, parteiras francesas formadas foram trazidas pela Faculdade de Medicina de Paris. Além de partejar, elas vacinavam contra varíola, sangravam e tratavam de moléstias do útero¹¹.

Em pouco tempo, também foram inauguradas as primeiras faculdades do Brasil, incluindo o curso de parteira. Vale ressaltar que todos os professores dos cursos de farmácia, medicina e de parteiras criados eram médicos, e que permaneceram por décadas apenas como um estudo teórico, utilizando-se bonecos para as simulações. Como forma de facilitar o estudo do corpo da mulher, os médicos do século XIX passaram a discursar em favor da hospitalização, da criação de maternidades e a colocar em dúvida a competência das parteiras¹².

Na sociedade colonial, as mulheres tinham seu papel determinado pela vida familiar, vinculado a sua atividade puramente reprodutiva, onde se podia perceber uma tendência pró-natalista, com a igreja fomentando a procriação e atribuindo aos sofrimentos decorrentes do parto uma oportunidade purificadora, redentora dos pecados, para a ressurreição. Giffin e Costa¹, ao falarem sobre o início da dominação do corpo feminino, na época, relatam que de forma particular e decisiva a igreja teve como grande aliada a medicina. Médicos e padres tinham acesso à intimidade das mulheres, mesmo que com objetivos distintos: um voltado ao cuidado com a alma; o outro, com o corpo.

Esse projeto colonizador pró-natalista transcorre até o pós-guerra enquanto começam a surgir movimentos favoráveis ao controle demográfico nos Estados Unidos e Europa, com o argumento de que o crescimento econômico e o desenvolvimento só poderiam ser alcançados com a redução do ritmo do crescimento demográfico. Entretanto, além das dificuldades técnicas e dos costumes da época, a obstetrícia teve como principal impasse a noção da própria medicina de que esta era uma prática de menor valor, relacionada principalmente pelo fato de que era uma atividade caracteris-

ticamente feminina. O final do século XIX foi marcado por discussões acerca de a quem competia o cuidado com o parto, e as declarações oficiais afirmavam não ser digno de um médico ou cirurgião tal prática, cabendo-lhes apenas os atendimentos mais graves, onde se necessitava a utilização do fórceps ou a execução de cesarianas^{7,9}.

Vale destacar que a posição das mulheres frente ao processo de medicalização não foi propriamente a de vítima⁴. As mulheres de classe mais alta não aceitavam mais sentir a dor do parto e não desejavam correr mais riscos, além de parir com a assistência de um médico significar maior poder aquisitivo de seus maridos. Com isso, a consolidação do processo de medicalização e hospitalização do parto acontece em meados do século XX, juntamente com o surgimento das grandes metrópoles e a criação de hospitais, marcando o fim da feminilização do parto, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, utilização de fórceps profilático e episiotomias desnecessárias⁵.

Hoje, que nos encontramos na época do desenvolvimento da engenharia genética, fertilização *in vitro* e da medicina fetal, vivemos um grande dilema, no qual o uso indiscriminado da tecnologia transformou o parto num acontecimento perigoso e distante da mulher, roubando-lhe a autonomia e privacidade, fazendo muitas vezes com que este evento natural se transforme em um momento traumatizante para a gestante.

Durante a história, a medicina adquire o poder de transformar eventos fisiológicos em doenças, representando uma forte influência ideológica na nossa cultura, capaz de tratar a gravidez e a menopausa como doenças, transformando a menstruação em um distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico.

No entanto, acreditamos ser de grande valia a seguinte observação:

Países como Holanda e Inglaterra, com índices de mortalidade materna e infantil baixíssimos, ainda baseiam toda a assistência ao parto na figura da obstetriz ou parteira. Nestes países os médicos obstetras são considerados especialistas que tratam apenas de eventuais complicações e das gestações de risco. As obstetrias cuidam do pré-natal e fazem o parto normal da grande maioria das mulheres^{13:1}.

Levando em consideração tais evidências, entre tantas outras, não podemos deixar que o saber médico dominante use os conhecidos *fatores de risco* – preocupação com a segurança da

gestantes e do bebê – como forma de justificar a medicalização do processo natural de nascimento, desacreditando qualquer alternativa diferente da tradicional¹⁴.

MEDICALIZAÇÃO COMO MODELO TECNOCRÁTICO

O modelo tecnocrático, conforme descrito por Davis-Floyd², representa a corrente de pensamento convencional que norteia a prática da assistência obstétrica há várias décadas e que surge com a entrada do homem no atendimento ao parto, e com sua institucionalização situando e elevando a mulher na condição de *paciente*, sem autonomia sobre o seu corpo, separada dos familiares e do próprio filho ao nascer. O parto é encarado como um processo patológico, de caráter intervencionista e biologicista^{2,15}.

Nesse modelo, a mulher perde sua autonomia, deixando o profissional escolher qual conduta seguir. Inúmeros procedimentos tecnocráticos são incorporados como rotina na assistência ao parto constituindo uma prática mecanizada, como o são os procedimentos de tricotomia da região genital, a enteroclise, a episiotomia e a anestesia. Para Vieira que cita Miles⁹, medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais.

A posição ocupada pelo Brasil atualmente, como um dos países com as maiores taxas de cirurgias cesarianas, é reflexo do processo de medicalização do corpo feminino que ocorreu e vem ocorrendo ainda hoje¹⁶.

Esse modelo também tem como característica a adoção de rotinas rígidas que levam à despersonalização das gestantes e à supervalorização da tecnologia em prol da *segurança* durante o trabalho de parto, atribuindo à cesariana uma conotação banal, muitas vezes realizada por conveniência dos envolvidos no processo (hospitais, equipe médica, ou mesmo a própria mulher grávida), independente da urgência obstétrica. Diniz e Chacham ao citar *The better birth initiative*^{17:13} ainda salientam que o uso crescente da tecnologia na gravidez também tem como consequência o direcionamento da atenção do médico para o feto, deixando a atenção com a mãe em segundo plano.

Vemos, também, que muitas medidas tomadas priorizam a higiene pensando em *favorecer* o

indivíduo, ficando esquecidos os aspectos espirituais, psicológicos e sociais das parturientes, além da separação mãe-bebê (berçário) que foi utilizada por muitos anos como forma de aumentar a segurança (ou controle).

HUMANIZAÇÃO COMO PARADIGMA PROPOSTO NA PÓS-MODERNIDADE

O modelo humanístico, de acordo com a descrição de Davis-Floyd², consiste em uma corrente de pensamento que adota atitudes não-convencionais para nortear a assistência obstétrica, e que surge a partir dos questionamentos ao modelo biológico-medicalizado, com grande influência do movimento feminista.

O humanismo tem como princípio não seguir o modelo convencional, elevando a mulher a sujeito, dando-lhe direito a escolhas, valorizando a participação da família e procurando incentivar ao máximo a participação ativa do acompanhante na hora do parto¹⁵.

A gestação e o parto são processos que geralmente transcorrem sem complicações. Em vista disso, é necessário que o profissional de saúde tenha uma visão crítica, evitando intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas. Humanizar significa respeitar a individualidade da mulher¹⁶.

De acordo com Diniz e Chacham^{17:67},

a assistência mais efetiva seria, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades de instituições e dos profissionais.

PORQUE HUMANIZAR

O modelo de assistência obstétrica que encontramos, hoje, no Brasil, é caracterizado por um alto grau de medicalização e pelo uso abusivo de procedimentos invasivos. A humanização do parto viria como forma de garantir uma assistência baseada na evidência científica e na segurança, e não na conveniência de instituições ou profissionais¹⁷.

Concordando com Prado¹⁰, humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe, a cada pai, ou seja, à família envolvida em cada nascimento. A técnica não pode tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas. O parto deve voltar a ser visto como um processo fisiológico natural e feminino.

Ainda, vale ressaltar que:

[...] o fator determinante para uma boa experiência de parto é o quanto a mulher sentiu-se protagonista do evento, ou seja, qual o nível de controle que ela percebeu ter sobre o processo; o grau em que sua opinião foi ouvida; o nível de informação que lhe foi dada durante os procedimentos e se seu consentimento (para os procedimentos) foi percebido como sendo dado^{10:1}.

Destaca-se a importância do profissional de saúde na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, de forma a instrumentalizar a gestante, tornando-a sujeito ativo em todos os acontecimentos relacionados ao parto. Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios. Portanto, a assistência deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e conseqüentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê.

Entretanto, vemos que na prática ninguém empodera ninguém. O obstetra (médico ou enfermeiro) pode dar excelentes condições para que a gestante conduza o próprio parto, mas se a mesma não estiver interessada, não for o seu momento, todos os esforços serão em vão¹⁸.

É necessário que os profissionais que atuam durante o parto se conscientizem de seu papel no processo. Não importa se médico, enfermeira, ou parteira, a mulher e o bebê devem ser o principal foco de atenção, buscando-se transformar esse momento tão especial da vida em uma lembrança agradável e de união.

Hoje, o número de solicitações para partos fora do ambiente hospitalar vem aumentando como alternativa de nascimento em ambiente mais natural. De acordo com Thorell¹⁹, esses pais valorizam o ambiente mais caseiro, que torne o nascimento mais agradável. Eles consideram que a estrutura hospitalar tradicional propicia ansiedade. Entretanto, a maioria dos partos ainda ocorrem em ambiente hospitalar, sendo que outras formas de atendimento ao parto estão sendo introduzidas aos poucos nas unidades de saúde como forma de proporcionar mais conforto às parturientes. Espaços não tão convencionais também estão sendo inseridos na rede de atendimento obstétrico, como as casas de parto normal, que visam proporcionar um atendimento mais humanizado em um ambiente mais acolhedor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos perceber que os significados culturais relativos ao parto sofreram grandes transformações no decorrer dos séculos. O parto aos poucos foi se tornando território de exploração masculina. A mulher era atendida apenas na sua atividade reprodutora, e o lado humanístico da assistência ainda não era valorizado. O modelo tecnocrático passa a ser seguido por diversos países como forma de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Apesar de concordar que a cesariana contribuiu com a queda da morbimortalidade materna e perinatal, deve-se ressaltar que sua prática indiscriminada, além de consumir recursos do sistema de saúde, viola o exercício dos direitos reprodutivos por parte das mulheres, que se vêem incapazes de engravidar, gerar e parir isentas de intervenções médicas. Além disso, os riscos advindos do parto cesáreo são bem maiores, tanto para a mãe quanto para o bebê.

Para a sociedade atual, não cabe mais um modelo totalmente tecnocrático. É preciso questionar o modelo imposto diante dos direitos de cidadania e das preferências individuais. Não se aceita mais passivamente as agressões sofridas durante o parto e é nosso dever propor formas alternativas de atendimento.

Devemos incorporar o novo conceito de atenção à saúde, que ressalta a garantia de qualidade de vida desde o nascimento, com uma assistência humanizada, evitando-se intervenções desnecessárias, e preservando a privacidade e autonomia da mulher cidadã¹⁶.

REFERÊNCIAS

1. Giffin K, Costa SH. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
2. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. Austin (Tex): International J Gynecol & Obst 2001; 75:5-23.
3. Bruggemann OM. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: Zampieri MFM, Oliveira ME, Bruggemann OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2001. p. 23-36.
4. Vargens OMC, Progianti JM. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. Rev Enferm USP 2004; 38: 46-50.
5. Progianti JM, Barreira IA. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. R Enferm UERJ 2001; 9: 91-7.
6. Sato R, Brito IPM. Parto humanizado feito pela enfermeira obstetra. Disponível em World Web <http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/pgsearch.asp?Id=295411072002.asp>. Acesso em 12 maio 2004.
7. Resende J. Obstetrícia. 5ª ed. Rio de Janeiro: G. Koogan; 1987.
8. Largura M. Assistência ao parto no Brasil. Disponível em World Web <http://www.partohumanizado.com.br/cap9.html>. Acesso em 12 jun. 2004.
9. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
10. Prado AA. Resgatando o parto. Disponível em World Web <http://www.amigasdoparto.com.br/poutras.html>. Acesso em 11 abr. 2004.
11. Resende J. Obstetrícia. 6ª ed. Rio de Janeiro: G. Koogan; 1991.
12. Santos Filho L. História da medicina no Brasil. V.2. São Paulo: Brasiliense; 1947.
13. Prado AA. O parto hoje em outros países. Disponível em World Web <http://www.amigasdoparto.com.br/poutras4.html>. Acesso em 11 abr. 2004.
14. Odent M. O renascimento do parto. Florianópolis (SC): Saintgermain; 2002.
15. Medina ET. Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto: um estudo exploratório [tese de mestrado] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
16. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
17. Diniz SG, Chacham A. Dossiê humanização do parto. São Paulo: Rede Feminista de Saúde; 2002.
18. Parto humanizado. Afinal, o que caracteriza a humanização? Disponível em World Web http://www.partohumanizado.blogspot.com.br/2003_05_01_archive.html#1275992. Acesso em 24 jun. 2004.
19. Thorell A. Uma introdução à enfermagem materna. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.

MEDICALIZAÇÃO X HUMANIZAÇÃO: EL CUIDADO AL PARTO EN LA HISTORIA

RESUMEN: Este estudio surgió de los cuestionamientos de los autores con respecto a los procedimientos relacionados al parto practicados en la mayoría de instituciones de salud, reflejándose en los altos de cesarianas en Brasil. Se objetiva, a través de pesquisa bibliográfica, en el período de 1947 a 2004, analizar la evolución del concepto de parto delante de diferentes paradigmas asistenciales. El cuidado proporcionado a las mujeres durante el proceso de parición experimentó muchas modificaciones a través de los años, como resultado de la medicalización y de la institucionalización del parto, de los progresos tecnológicos y del desarrollo de la medicina. Tales cambios hicieron del parto un proceso impersonal en favor de la reducción de la mortalidad maternal y neonatal. Actualmente, se propone un nuevo concepto de atención a la salud, lo cual enfoca la garantía de calidad de vida desde el nacimiento. Con una asistencia humanizada, son evitadas intervenciones innecesarias y se preserva la privacidad y autonomía de la mujer ciudadana.

Palabras Clave: Historia; humanización; mujer; parto.

Recebido em: 15.01.2005

Aprovado em: 14.06.2005

Notas

*Aluna do 8º Período de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua Ângelo Neves 121/102, Moneró, Ilha do Governador, Rio de Janeiro – RJ. E-mail: dra.seibert@click21.com.br

**Aluna do 8º Período de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

***Aluno do 8º Período de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

****Orientador, Doutor em Enfermagem, Professor Titular do Departamento Marterno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.