Um paralelo entre a evolução histórica do conceito de saúde e o processo de medicalização do parto

A parallel between the historical evolution of the concept of health and the process of medicalization of childbirth

Ana Beatriz Gomiero dos Santos[1]
Renato Braz Mehanna Khamis[2]

RESUMO: O presente trabalho versa sobre os processos históricos de evolução do conceito geral de saúde e de gradual medicalização no contexto da gestação e do parto, objetivando traçar um paralelo entre eles. Adota-se o método hipotético dedutivo, mediante revisão bibliográfica. Através da análise individual dos processos mencionados foi possível observar que, quanto à assistência à saúde, verifica-se caráter místico e religioso aos poucos substituído pelo racionalismo e conhecimento científico. No contexto específico do parto, verifica-se processo que se inicia no âmbito domiciliar, familiar e pautado pelo conhecimento tradicional que, aos poucos, se medicaliza e institucionaliza. Verificando um paralelo entre os dois processos, observa-se, na atualidade, um tecnicismo e paternalismo médico exacerbado, aos quais se contrapõe os movimentos pela humanização da assistência à saúde e ao parto.

PALAVRAS-CHAVE: saúde; medicalização; parto; humanização.

ABSTRACT: *The present work deals with the historical processes of evolution of the general concept of health and of gradual medicalization in the context of pregnancy and childbirth, aiming to draw a parallel between them. The hypothetical deductive method is adopted through a literature review. Through the individual analysis of the mentioned processes, it was possible to observe that, regarding health care, a mystical and religious character is gradually replaced by rationalism and scientific knowledge. In the specific context of childbirth, there is a process that begins in the home, family and guided by traditional knowledge that, little by little, becomes medicalized and institutionalized. Verifying a parallel between the two processes, there is currently an exacerbated medical technicism and paternalism, which are opposed by the movements for the humanization of health care and childbirth.*

KEYWORDS: *health, medicalization, childbirth, humanization*

INTRODUÇÃO

A concepção e os diversos sentidos dados à saúde, de modo geral, variam e se desenvolvem através dos séculos, partindo de uma concepção mística e religiosa e, aos poucos, tornando-se mais racional e científica. Paralelamente, no contexto específico da assistência à gestação e ao parto, é possível se verificar caminho parecido, partindo do âmbito domiciliar e

[1] Mestranda no Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu, Mestrado em Direito à Saúde, da Universidade Santa Cecília.

[2] Graduado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Direito do Estado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Doutor em Direito do Estado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor do Curso de Especialização em Direito Constitucional da PUC-SP. Professor do Curso de Graduação em Direito da Universidade Santa Cecília. Professor do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu, Mestrado em Direito à Saúde, da Universidade Santa Cecília.

familiar, pautado no conhecimento tradicional, e sendo arrastado paulatinamente para o âmbito médico e hospitalar.

Scliar (2007) e Backes *et al* (2008), debruçam-se sobre as minúcias da evolução histórica do conceito de saúde, chegando a verificar na atualidade um tecnicismo exacerbado. No contexto do parto, diversos autores, entre eles Diniz (2005), passam a identificar movimentos pela humanização e pelo afastamento dos cuidados médicos exagerados.

Na contemporaneidade, em ambos os contextos mencionados (da assistência à saúde de modo geral e especificamente à gestação e ao parto), passam a surgir questionamentos sobre o caminho desta suposta evolução histórica: uma assistência racionalizada e estritamente medicalizada é de fato a mais adequada a ser prestada?

O presente trabalho tem como objetivo a análise dos processos de evolução histórica do conceito de saúde e da atenção à gestação e ao parto, buscando traçar paralelos entre ambos e observar os movimentos mais recentes. O método adotado é o hipotético dedutivo, mediante revisão bibliográfica.

1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE SAÚDE

Segundo Moacyr Scliar (2007, p. 30) o conceito de saúde adotado por uma sociedade reflete sua conjuntura econômica, política e social, de modo que "saúde" não representa a mesma coisa para todas as pessoas, a depender da época, localidade, classe social e diversas outras variáveis. Consequentemente, o que é considerado doença também varia.

No início das civilizações, os conceitos de saúde e doença eram dotados de concepção mágico-religiosa. A doença era vista como resultado da ação de forças alheias ao organismo, que nele atuam em razão de pecados e maldições. Assim, Deus era o "Grande Médico" e a doença, por consequência, era sinal da desobediência aos mandamentos divinos (SCLIAR, 2007, p. 30).

Neste âmbito, de extrema relevância a figura do xamã, feiticeiro tribal responsável por promover rituais de expulsão dos maus espíritos, causadores das doenças. Na mesma toada, há de se ressaltar também a visão dos indígenas brasileiros Sarrumá, para os quais a morte natural não existia de fato, sendo sempre resultado de maldição do inimigo (SCLIAR, 2007, p. 31).

Na antiguidade, destaca-se a influência de Galeno, que conceituava saúde como o equilíbrio entre as partes primárias do corpo. O filosofo teorizava com base em três estados do ser humano: saudável, neutro e doente. As combinações entre essas três classificações formaram esquema utilizado por mais de mil anos na medicina ocidental (BACKES *et al*, 2008, p. 112).

Para Backes *et al* (2008, p. 115), na mesma época, não era muito diferente o entendimento da medicina hindu e chinesa, que compreendia a doença como desequilíbrio. Apesar disso, as causas destas doenças seriam naturalizadas, relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos animais, etc.

Digna de destaque é a influência da medicina grega, que concretizou verdadeira mudança de paradigma não apenas quanto ao entendimento da saúde e da doença, mas principalmente nos tratamentos. A cura passa a se dar por plantas e outros métodos naturais, e não apenas por rituais místicos (SCLIAR, 2007, p. 32).

Para Scliar (2007, p. 32), mais revolucionário ainda foram os estudos de Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), nascidos neste contexto social. O filósofo inaugurou a visão racional da medicina, segundo a qual cria que o corpo humano era composto de quatro fluídos: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. As condições de saúde e doença de um indivíduo dependeriam, portanto, do equilíbrio ou desequilíbrio entre estes fluídos.

Em seu pioneirismo, apesar de entender que a doença surgiria, essencialmente, da desorganização de um corpo humano organizado, Hipócrates também reconhecia a influência das causas ambientais nas condições de saúde ou doença da população (SCLIAR, 2007, p. 33).

Com a chegada da idade média e a ascensão do cristianismo, a medicina volta a perder parte de seu caráter racional recentemente conquistado. A doença passa a ser entendida como resultado do pecado e a cura como questão de fé. As ordens religiosas administravam os hospitais que há época tinham muito mais a função de abrigo e conforto para os doentes do que efetivamente de tratamento de enfermidades (SCLIAR, 2007, p. 33).

Segundo Backes *et al* (2008, p. 113), no final da idade média, em razão das sucessivas e agressivas epidemias enfrentadas, torna-se inevitável a retomada da ideia de contágio, ainda que não por agentes microbiológicos, mas por motivos sobrenaturais.

Neste período, apesar da evidente estagnação do avanço científico pelo próprio contexto religioso e social, para Scliar (2007, pp. 33/34), destacam-se as contribuições de dois estudiosos.

O primeiro deles é Paracelsus, que viveu de 1493 a 1541 e foi o pioneiro ao perceber que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. Além disso, por compreender que os processos do corpo humano seriam químicos, entendia que os remédios deveriam também ser agentes químicos.

O mesmo autor cita também a contribuição de Descartes durante o século XVII, que reconhecia a existência de dualismo entre a mente e o corpo, o último visto como verdadeira máquina. Foi pioneiro no estudo da anatomia, compreendendo que a doença se localizaria especificamente nos órgãos.

Segundo Scliar (2007, p. 34), até este momento não foram observados grandes progressos em termos de tratamento, de modo que a morte precoce era aceita com resignação e romantizada como destino dos artistas.

Para Backes *et al* (2008, p. 113), esse contexto começa a mudar no final do século XVIII e início do século XX, quando surge a medicina social, que passa a criar condições de salubridade para a convivência em sociedade. Na mesma época, a prática médica individual assume papel central nas práticas de saúde.

A mudança mais significativa, porém, pôde ser observada no contexto da Revolução Pasteuriana, capitaneada por Louis Pasteur, quando microscópios mais potentes se tornam capazes de revelar a existência de microrganismos causadores de enfermidades, possibilitando, inclusive, o desenvolvimento de soros e vacinas (SCLIAR, 2007, p. 34).

Ainda segundo o autor, na mesma época surge a epidemiologia de John Snow, causando outra revolução no que era entendido como saúde, que passa a ser expressa no corpo social por indicadores numéricos. Nasce um olhar contábil e estatístico sobre a saúde da população.

Em meados do século XX já era possível se observar visão sobre relação entre saúde e doença muito próxima da adotada até hoje em dia. De suma importância é o senso de

multicausalidade, de modo que as doenças podem ser originadas por agentes etiológicos, por hospedeiros ou pelo meio ambiente. Fatores psíquicos passam a ser também considerados causadores de doenças físicas, de modo que o homem passa a ser visto como ser biopsicossocial (BACKES *et al*, 2008, p. 113).

Até o momento, porém, ainda não se observava um conceito universal de saúde.

É o que a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS), tenta solucionar, em 1948, quando passa a definir que "saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade".

Para Scliar (2007, p. 37), este conceito trata a saúde como direito de todo ser humano a uma vida plena, sem privações.

Como evolução deste conceito é que, em 1974, Marc Lalonde, importante pensador canadense, passa a definir que o conceito de saúde abrange a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde.

Ambos os conceitos expostos sofrem, até hoje, intensas críticas. Por serem amplos, tem-se que caracterizariam ideais inatingíveis pela sociedade e, justamente em razão desta amplitude, tenderiam a permitir abusos por parte do Estado, que se tornaria demasiadamente intervencionista sob o pretexto de assegurar tão amplo direito (SCLIAR, 2007. P. 37).

É em razão destas críticas que, em 1977, Christopher Boorse é o responsável por dar um passo atrás, em conceituação simplória, que pode ser vista como retrógrada: a saúde seria pura e simplesmente a ausência de doença. Para Scliar (2007, p. 37), trata-se de definição objetiva e livre de juízos de valor, em resposta às críticas já mencionadas.

Importante evolução foi alcançada na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, promovida pela OMS e realizada em 1978 na então cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão.

Tal Conferência tratou de dar especial ênfase às desigualdades em saúde, atribuindo aos governos dos Estados a responsabilidade pelo provimento dos serviços de saúde, por meio de ações práticas, exequíveis, socialmente aceitáveis e acessíveis, com participação popular e custo razoável (SCLIAR, 2007, p. 38).

Segundo o mesmo autor, a partir de Alma-Ata a saúde passa a ser vista como causa e consequência do processo de desenvolvimento econômico e social de um país, dando-se especial destaque e protagonismo aos cuidados primários de saúde, tais quais a educação, nutrição, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, vacinação, entre muitas outras medidas.

Para Backes et al. (2008, p. 113), na contemporaneidade, para definir saúde, é necessário levar em consideração a mudança na concepção de mundo, voltando o enfoque para as práticas de promoção à saúde, assim chamadas as medidas com objetivo de "potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde" (BACKES et al., 2008, p. 113).

Ainda para o mesmo autor, discussões mais recentes no campo da antropologia questionam o padrão biomédico de atenção à saúde, entendida como processos psicobiológicos e socioculturais:

> "Além disso, os profissionais da saúde precisam, principalmente, superar o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e voltado para

> o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais e, investir nesse novo modelo de atenção, focalizado na promoção da saúde, levando em conta todas as dimensões do ser humano, ou seja, a biológica, psicológica, social, cultural e histórica (...)" (BACKES *et al*, 2008, p. 116)

No contexto contemporâneo brasileiro, há se ressaltar o tratamento dado pela Constituição Federal, promulgada em 1988, que evitou adotar um ou outro conceito de saúde, se bastando em estabelecê-la como direito de todos e dever do Estado, além garantir a assistência integral a todos os indivíduos por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SCLIAR, 2007, p. 39).

2 O PROCESSO HISTÓRICO DE MEDICAIZAÇÃO DO PARTO

Define-se como medicalização o "processo pelo qual problemas que antes não possuíam caráter médico passam a ser definidos e tratados como se assim fossem, adquirindo status de doença ou distúrbio" (SENA, 2016, p. 35).

Para Sena (2016, p. 26), é por meio desse processo é que a medicina passa a se tornar uma das maiores instituições de controle social, tomando para si o "monopólio da verdade", o poder da "palavra final".

O que se objetiva analisar é o processo de medicalização atinente à assistência ao parto e nascimento, que teve início no século XVII na Europa, se estabelecendo de fato no século XX, como estratégia de civilização da população (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1043).

Antes deste processo, para Palharini e Figuerôa (2018, p. 1040), o parto era visto como evento de domínio privado, a se concretizar no ambiente doméstico, íntimo e comandado por mulheres.

Neste contexto, as parteiras eram responsáveis pela atenção ao parto, saúde da mulher, pré-natal, puerpério, questões de fertilidade e cuidados com o recém-nascido.

Para Nagahama e Santiago (2005, p. 655), o contexto do parto era tratado como tradição feminina e atribuído às parteiras, curandeiras e comadres, tida como atividade desvalorizada, deixada aos cuidados femininos por não estar à altura da atenção do cirurgião.

Era atribuído ao contexto do parto o elemento subjetivo do cuidado e da efetividade, bem como a participação masculina era absolutamente vetada (SENA, 2016, p. 33).

A partir do século XVII é que se iniciam as tentativas de intervenção médica no contexto da atenção à gestação e ao parto, observando-se a polarização entre o conhecimento institucionalizado masculino e o saber tácito tradicional feminino (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1040).

Para os mesmos autores, é neste momento que as relações de desigualdade de gênero ajudam a estabelecer a medicina como saber validado política e socialmente.

Iniciou-se, portanto, a perda do território da área da saúde pelas mulheres, concretizando-se verdadeiro "deslocamento de gênero": onde antes havia protagonismo

feminino, verifica-se o domínio dos homens, afinal são eles que, de início, tem acesso a formação científica (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1040).

Para Sena (2016, p. 33), com o tempo, a atuação dar parteiras passou a ser marginalizada, ao ponto de que passou a ser exigido que as mesmas prestassem provas junto a comissões municipais e eclesiásticas de saúde para comprovar suas habilidades e conhecimentos a fim de obterem permissão para continuar trabalhando.

Segundo a autora, tal exigência passou a ser imposta porque, para que os médicos pudessem aprender e treinar as técnicas médicas de parto, tornou-se necessário restringir até o ponto de proibir a atuação das parteiras no ambiente domiciliar.

Tal transição interessava e beneficiava também ao Estado e a Igreja: para o fortalecimento da sociedade capitalista era imprescindível a ampliação populacional. Para este propósito, as parteiras eram vistas também como obstáculo, visto que auxiliavam também na provocação de abortamentos:

> "À luz destas informações, torna-se mais fácil compreender o motivo das legislações punitivas contra o aborto terem se originado concomitantemente à apropriação do parto pelos homens e à exclusão das parteiras de um evento antes caracterizado como exclusivamente de mulheres" (SENA, 2016, p. 44)

Com a entrada definitiva dos homens na obstetrícia e a criação de hospitais e leitos no período entre as duas guerras mundiais, operou-se mudança também de ordem simbólica, cultural, sendo atribuído novo significado ao parto a fim de puxá-lo para o âmbito da assistência médica (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1041).

Para as mesmas autoras, nova mudança operou-se no final do século 16, com o surgimento do fórceps, em tese passando a garantir maior sucesso em partos difíceis, proporcionando ao cirurgião maior controle, teoricamente, sobre o parto.

As parteiras, então, restaram ainda mais marginalizadas, proibidas de usar instrumental técnico e de prescrever medicamentos (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1042)

Para Nagahama e Santiago (2005, p. 655) a partir do processo de fragilização da mulher, o parto, que antes sequer era tratado no âmbito médico, passou a ser considerado como perigoso, ocasionando sua entrega às mãos dos médicos homens, considerados mais competentes.

No caso específico do Brasil, o processo de medicalização do parto de iniciou no atendimento às escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres que, em verdade, serviram de cobaia aos estudantes de medicina. No âmbito nacional, também se verificava o interesse econômico no aumento populacional para o desenvolvimento (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1042).

Neste ponto, importa destacar o conceito de "biopoder", cunhado por Foucault, segundo o qual a natureza política da medicina é utilizada dentro da sociedade capitalista como estratégia de controle social, que se inicia pelo controle dos corpos dos indivíduos. Tal instituto pode ser observado neste processo de dominação de corpo feminino, mediante a imposição da maneira médica de parir (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p. 652):

> "Esse novo tipo de governo dos corpos e da população é o que Foucault (2003a, p.131-132) denominou "biopoder", e teve a mulher como alvo central: a medicalização progressiva do corpo das mulheres, especialmente de seu sexo, em função de seu papel fundamental na gestação e no cuidado com a saúde dos filhos, na preservação da família e da sociedade, que agora se faz

> por meio do controle desse corpo reprodutivo que deve estar a serviço da população, da natalidade" (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1.042)

Para Foucault, quando o Estado passa a se ocupar da saúde, o biopoder, em sua necessidade de adestramento dos corpos, torna-se biopolítica, âmbito no qual a medicina tem papel fundamental no controle dos corpos, interferindo nos modos de vidas, condutas particulares e coletivas, doenças, sexualidade, fertilidade, entre muitos outros exemplos (SERRA e BATALHA, 2019, p. 79).

Mesmo diante de todo o mecanismo de poder aplicado, a medicalização definitiva do parto ainda encontrou grande resistência por parte das mulheres.

Para Palharini e Figuerôa (2018, p. 1042), houve grande dificuldade de adesão das mulheres ao parto hospitalar, começando pelas famílias ricas, enquanto a maioria da população continuava a ser atendida pelas parteiras.

Fez-se necessário, portanto, esforço significativo por parte da comunidade médica no sentido de desacreditar o evento da gestação e do parto como processos naturais, por meio, principalmente, do discurso do risco (SENA, 2016, p. 36).

É fato que a assistência exercida pelas parteiras comportava riscos às mães e crianças, principalmente em razão dos recursos limitados para lidar com complicações, porém, estatisticamente, em 1878, o risco à vida da mulher inglesa aumentava até seis vezes caso ela desse à luz em uma maternidade, de modo que, à época, o parto hospitalar não parecia opção mais segura (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1043).

Aos poucos, no entanto, os avanços tecnológicos passaram a desequilibrar esta balança, fazendo com que o parto hospitalar fosse visto como opção mais segura e garantida, fenômeno que foi potencializado pelos riscos que se aumentavam com a utilização do fórceps no ambiente domiciliar, gerando muitas infecções. Neste contexto, viu-se a institucionalização como solução (SENA, 2016, p. 35).

No caso específico do Brasil, as parteiras atuaram livremente, sem restrições, até o fim do século XIX, quando passaram a surgir proibições e marginalizações, sendo relacionadas a abortos e infanticídios, o que alavancou o fechamento gradual das casas de maternidade (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1043).

No contexto nacional, assim como no mundial, a preocupação principal não era a saúde das mulheres, mas sim o capital gerado por sua prole (SENA, 2016, p. 37). O discurso inicial para a medicalização do parto era propriamente civilizatório, começando pelas mulheres pobres para depois conquistar as mais ricas, no sentido contrário do observado na Europa (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1043).

Para as mesmas autoras, até 1920, no Brasil, o parto domiciliar era ainda prática habitual em todas as classes sociais, mesmo quando assistidos por médicos. A hospitalização era vista como ideal a ser atingido e só se concretizou muito tardiamente no país, nos anos 60 e 70.

As parteiras foram o primeiro grupo profissional feminino a receber educação formal no Brasil, no Rio de Janeiro e na Bahia, em 1832, bem como em São Paulo, em 1912. Foram paulatinamente marginalizadas, mas jamais se extinguiram por completo, atuando, ainda, nas localidades mais distantes dos grandes centros urbanos (PALHARINI e FIGUERÔA, 2018, p. 1045).

Para Nagahama e Santiago (2005, p. 655), o processo de medicalização do corpo feminino se iniciou mais de trezentos anos antes da institucionalização do parto como evento

hospitalar. Neste processo, a mulher restou despersonificada, desumanizada, transformada em mera propriedade institucional.

Para as autoras, *"o preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento"* (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p. 656).

O controle masculino da prática médica, somado ao desenvolvimento tecnológico e à própria medicina dita "moderna" atuaram para transformar processos antes vistos como saudáveis e naturais em verdadeiras patologias de alto risco, necessitando, no mínimo, de monitoramento contínuo e integral, retirando-se qualquer protagonismo da parturiente (SENA, 2016, p. 161):

> "Assim, com o processo de medicalização do parto, a mulher que gesta e dá à luz, desprovida de poder sobre si e com sua autonomia para decidir sobre seu corpo substituída pela heteronomia, passa a ser vista como produto não humano, receptáculo ou instrumento para um fim: a garantia do nascimento de um bebê saudável" (SENA, 2016, p. 161).

Tal processo produz mulheres passivas em relação às decisões sobre seus corpos, delegando-as à medicina. É aí que se instala campo fértil para a ocorrência de violências obstétricas.

Para Serra e Batalha (2019, p. 75), define-se como violência obstétrica:

> "Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos agentes de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia da parturiente e da sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, o que pode culminar em consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida das mulheres. " (SERRA e BATALHA, 2019, p. 75)

Para as mesmas autoras, o contexto violento é favorecido pela percepção de que o parto é um momento de dor necessária, que abre espaço para a docilização do corpo feminino, sob o pretexto de "protegê-lo".

Assim, atinge-se o ápice da medicalização do parto, retirando-se da parturiente todo o seu protagonismo e os padrões mínimos de sua liberdade de escolha consciente.

Segundo Nagahama e Santiago (2005, p. 654), em reação a este extremo da medicalização, é que, a partir da década de 1980, surgem dos movimentos pela chamada "humanização do parto", buscando a retomada do protagonismo neste contexto pela mulher.

Para Diniz (2005, p. 630), as menores taxas de mortalidade perinatal concentram-se nos países que mantém o índice de cesarianas abaixo dos 10%, o que evidencia as benesses da mínima intervenção e do resgate do parto como evento intrinsecamente fisiológico, bem como do corpo feminino como capaz:

> "O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extrauterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como 'experiência altamente pessoal, sexual e familiar'" (DINIZ, 2005, p. 630)

No Brasil, como fruto dos esforços dos movimentos de humanização é que surgiu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), primeira política pública nacional no sentido da retomada do parto como processo natural e fisiológico.

Para Diniz (2005, p. 635), as discussões acerca da humanização do parto, tanto no âmbito do SUS quanto da atenção privada, são de suma importância na criação de novas possibilidades para a vivência da maternidade e exercício dos direitos a ela inerentes. Trata-se da "reinvenção do parto como experiência humana", em contexto absolutamente precário, demasiadamente medicalizado e potencialmente violento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observados os dois processos ora expostos torna-se possível identificar diversas similaridades e traçar paralelos.

Conforme demonstrado, com base nos autores estudados, pode-se verificar que, no início das civilizações, a medicina possuía concepção mística-religiosa, e, portanto, os problemas médicos eram tratados no âmbito privado, principalmente domiciliar, com base na doutrina místico-religioso, mas também no conhecimento tradicional oferecido pelos curandeiros.

O mesmo pode se identificar sobre a evolução histórica das diversas concepções que cercam o parto: de início, o contexto era conduzido pelas parteiras, no âmbito domiciliar e familiar, orientado pelo conhecimento tradicional feminino.

Com o tempo, em ambos os processos, gradativamente foi se sobrepondo a perspectiva racional, técnica e científica.

No âmbito da medicina no geral passou-se a compreender as causas das doenças como naturais, fundadas nos microrganismos, afastando-se das antigas teorias adotadas que culpavam pecados, maldições e maus espíritos.

No âmbito específico do parto, o tecnicismo foi sendo imposto à força, como se a própria gestação fosse verdadeira doença. O evento do parto, antes fisiológico, feminino e familiar, foi arrastado para o contexto médico, hospitalizado e dominado pelos homens, que, de início, possuíam o monopólio do conhecimento científico.

Mais recentemente observa-se que, tanto no contexto na medicina no geral quanto no contexto específico da atenção ao parto, intensificam-se os movimentos sociais pela humanização.

A busca é pelo caminho contrário da evolução histórica.

No que tange à saúde no geral, os movimentos pela humanização buscam a moderação do tecnicismo e do paternalismo médico, com destaque ao elemento humano da relação médico-paciente e à informação adequadamente fornecida, para que o próprio paciente possa participar da tomada de decisão sobre sua saúde.

No mesmo sentido é o movimento pela humanização do parto, que objetiva a retomada do protagonismo feminino neste contexto, bem como o afastamento do olhar patológico para o fisiológico e natural, livre das intervenções desnecessárias, mas sem abandonar os avanços tecnológicos que certamente salvam vidas.

O que se busca é o equilíbrio encontrado na adoção do conhecimento técnico mais moderno combinado ao elemento humano contido na relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS

BACKES, Marli Terezinha Stein *et al*. Conceitos de Saúde e Doença ao longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. **Revista de Enfermagem - UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 111-117, 18 dez. 2008.

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

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 651-657, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300021.

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**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1039-1061, dez. 2018. Fap UNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000500008.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 7, p. 29-41, 15 mar. 2007.

SENA, Ligia Moreiras. **"Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração": a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. 2016. 277 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172548. Acesso em: 13 maio 2022.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita; BATALHA, Glaucia Fernanda Oliveira Martins. DO PODER DISCIPLINAR AO BIOPODER: MEDICALIZAÇÃO DO PARTO A PARTIR DA INCIDÊNCIA DE CESARIANAS. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Belém, v. 2, n. 2, p. 74-95, dez. 2019. Disponível em: https://indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/5923. Acesso em: 16 maio 2022.