

---

## ASSISTÊNCIA AO PARTO: HISTÓRIA ORAL DE MULHERES QUE DERAM À LUZ NAS DÉCADAS DE 1940 A 1980<sup>1</sup>

*Nathalie Leister<sup>2</sup>, Maria Luiza Gonzalez Riesco<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Extraído da dissertação - Transformações no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), em 2011.

<sup>2</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, Brasil. E-mail: natyly@usp.br

<sup>3</sup> Livre-docente. Professora Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, Brasil. E-mail: riesco@usp.br

**RESUMO:** O objetivo foi compreender as transformações no modelo de assistência ao parto a partir da experiência de mulheres que deram à luz no Estado de São Paulo nas décadas de 1940 a 1980. Estudo descritivo, pelo método da História Oral Temática, com 20 mulheres. Os dados foram coletados por meio de entrevista não estruturada. O tema extraído das entrevistas foi "A experiência do parto". Os resultados indicaram uma demarcação geracional e temporal nos anos de 1970. Os partos nas décadas de 1940 a 1960 ocorreram no contexto de transição da assistência domiciliar para hospitalar. A década de 1980 representa um momento de inflexão dos elementos que compõem o modelo assistencial, como tipo e local do parto e profissional que assiste a mulher, com incremento da tecnologia e das intervenções obstétricas.

**DESCRIPTORES:** Parto. História. Memória. Obstetrícia. Enfermagem obstétrica.

---

## CHILDBIRTH CARE: THE ORAL HISTORY OF WOMEN WHO GAVE BIRTH FROM THE 1940S TO 1980S

**ABSTRACT:** This study's objective was to gain a greater understanding of the changes that took place in the childbirth care model from the experience of women who gave birth in the State of Sao Paulo, Brazil from the 1940s to the 1980s. This is a descriptive study conducted with 20 women using the Thematic Oral History method. Data were collected through unstructured interviews. The theme extracted from the interviews was "The experience of childbirth". The results indicate a time and generational demarcation in the 1970s. Childbirths from 1940 to 1960 occurred in a context of transition from home to hospital births. The 1980s represents a turning point in the elements that compose the childbirth care model, such as the type and place of birth and the professional assisting women, with an increased use of technology and obstetric interventions.

**DESCRIPTORS:** Parturition. History. Memory. Obstetrics. Obstetrical nursing.

---

## ATENCIÓN AL PARTO: HISTORIA ORAL DE MUJERES QUE DIERON A LUZ EN LAS DÉCADAS DE 1940 A 1980

**RESUMEN:** El objetivo fue comprender las transformaciones en el modelo de atención al parto desde la experiencia de mujeres que dieron a luz en el Estado de São Paulo en las décadas de 1940 a 1980. Estudio descriptivo, según la Historia Oral Temática, con 20 mujeres. Los datos fueron recolectados con entrevistas no estructuradas. El tema extraído de las entrevistas fue "La experiencia del parto". Los resultados indicaron una delimitación temporal y generacional en la década de 1970. Los partos en las décadas de 1940 a 1960 ocurrieron en un contexto de transición del domicilio al hospital. La década de 1980 representa un punto de inflexión del modelo de atención, como tipo y lugar del parto y profesional que atiende a la mujer, con incremento de la tecnología y de las intervenciones obstétricas.

**DESCRIPTORES:** Parto. Historia. Memoria. Obstetrícia. Enfermería obstétrica.

## INTRODUÇÃO

No final do século XIX, a maioria dos partos era atendida no domicílio, por parteiras. Dar à luz fora de casa era anormal, apavorante e acontecia apenas em situações extremas. O médico era chamado somente em casos complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema. Social e economicamente mais acessível que o médico, a parteira tinha a vantagem de ajudar com as tarefas domésticas, substituindo ou auxiliando a mulher por um algum tempo após o parto. Estas atendiam em domicílio ou recebiam as parturientes em suas casas.<sup>1-2</sup>

Nessa época, o ambiente hospitalar não constituía um lugar seguro para a mulher dar à luz. Em São Paulo, apenas em 1894 foram instalados leitos obstétricos na Maternidade São Paulo, onde os partos normais eram realizados por parteiras, e os complicados, por médicos.<sup>2</sup>

Nas primeiras décadas do século XX, teve início a transição do parto doméstico para o parto hospitalar, acompanhado de mudanças graduais nos hábitos das mulheres. Foram sendo adotados o costume de frequentar os consultórios de obstetras e pediatras, o uso de medicamentos e o consumo de produtos da indústria de higiene e alimentação infantil. Além disso, foram sendo ampliados a oferta e o acesso aos serviços públicos de saúde materno-infantil com maior participação de instituições filantrópicas, paraestatais, patronais e de trabalhadores. Em São Paulo, o crescimento dos partos hospitalares foi de 5% para 29,5%, enquanto que os nascimentos em domicílio sofreram uma queda de 25% em 15 anos (1930-1945).<sup>3-4</sup>

O fenômeno da hospitalização do parto é universal e nos países desenvolvidos do Ocidente foi mais precoce. Em países como os Estados Unidos, Inglaterra, França, Noruega e Suécia, a transição do parto domiciliar para o hospitalar se deu no início do século XX, no período entre guerras, enquanto que no Brasil, o parto hospitalar passou a ser rotineiro somente após a década de 1960, com a crescente expansão da assistência hospitalar.<sup>4</sup>

Outro fator que acelerou a passagem do parto do domicílio para o hospital e o atendimento feito por parteiras foi a criação, em 1967, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mediante a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões no INPS e a expansão da assistência hospitalar, a custo da proliferação de empresas de saúde, o sistema operava com três componentes: privado; seguridade social para empregados re-

gulares; subvenção do poder público (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais) a instituições de caridade para os mais pobres.

Entre 1968 e os primeiros anos de funcionamento do INPS em São Paulo, houve um aumento de 22% de partos hospitalares, de 54% para 76%. Pode-se então dizer que o modelo oficial de assistência ao parto que conhecemos hoje estava pronto e foi amplamente praticado a partir dos anos de 1970.<sup>5</sup> Nesse período, médicos e hospitais de seguridade social recebiam mais pelo parto cirúrgico do que pelo parto vaginal, que foi uma das origens da epidemia de cesarianas. Para parar a tendência de aumento à escolha por esse tipo parto, em 1980, todos os partos passaram a receber igual forma de pagamento. Porém, essa taxa continuou subindo e, em 1992, 40,5% dos partos no Estado atendidos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a cesarianas.<sup>6</sup>

No âmbito específico, o modelo de assistência ao parto constitui-se de elementos próprios, como o ambiente de atendimento, os profissionais responsáveis por este atendimento e o conjunto de práticas e procedimentos realizados na assistência. No âmbito geral, o modelo assistencial está inserido no sistema de saúde local e nacional, definido por princípios, políticas e programas, pela rede de serviços e cobertura assistencial e pela participação dos usuários mediante suas necessidades e demandas.

Considerando ainda que as mulheres e famílias atendidas na gestação e no parto são os sujeitos da assistência, sua experiência neste processo deve ser incluída como um elemento essencial na análise do modelo de assistência. É por meio da subjetividade e da voz destes sujeitos que a dimensão psicossocial e cultural do parto, como um evento vital, pode ser mais bem conhecida.

A memória de profissionais sobre a maternidade é bastante conhecida pelos pesquisadores. No entanto, as memórias maternas têm sido divulgadas mais recentemente em livros que contam as atuais experiências de mães que dão à luz em diferentes contextos. As memórias de mães que deram à luz ao longo do século XX são escassas e não possuem o devido destaque, como aquele dado ao registro da documentação produzida por especialistas e formuladores das primeiras políticas de saúde materno-infantil no Brasil.

A recuperação desta memória é importante não só pelo registro da perspectiva das mães, mas também para a confrontação de suas memórias com a dos profissionais, pela possibilidade de se conhecer o que significou para as mulheres a

maternidade, de que forma e em que condições foram mães e que influências tiveram os especialistas sobre suas experiências e decisões. Por meio da memória das mães, é possível entender o contexto da maternidade no século XX, a partir de outras visões, que sem esse registro, tende a ser inespecífica e reduzida.

## OBJETIVO

Compreender as transformações no modelo de assistência ao parto, a partir da experiência de mulheres que deram à luz no Estado de São Paulo, nas décadas de 1940 a 1980.

## MÉTODO

Estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, segundo o método da História Oral Temática.<sup>7-8</sup>

As mulheres que tiveram filhos no Estado de São Paulo, entre 1940 e 1989, foram consideradas a comunidade de destino do estudo. A colônia, fração da comunidade de destino, foram 20 mães, avós ou bisavós de obstetristas egressos da primeira turma do Curso de Graduação em Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Para realizar as entrevistas, inicialmente, foi feito um contato pessoal ou por telefone com o obstetrista egresso do referido Curso, para identificar a elegibilidade de sua mãe, avó ou bisavó para participar do estudo, caso elas tenham tido um parto no local e período definidos. Em seguida, a entrevista foi agendada e realizada em local definido pela entrevistada. O critério para definir o número de mulheres entrevistadas foi o reconhecimento de que as novas informações obtidas confirmavam as anteriores, tornando-se repetitivas e suficientes para a coerência da análise.<sup>9-10</sup>

Os dados foram coletados entre agosto de 2010 e janeiro de 2011, por meio de entrevista gravada, com base em um roteiro que serviu para orientar e direcionar a temática relativa à experiência de dar à luz. Não foi estabelecido um roteiro rígido e único a ser seguido em todas as entrevistas, pois em cada uma, novas informações e conhecimentos foram acrescidos.

A entrevista se dividiu em três etapas: pré-entrevista (encontro em que entrevistada conheceu o projeto e o porquê de sua participação, mediante contato pessoal ou por telefone com o obstetrista, para identificar a elegibilidade de sua mãe, avó ou bisavó e sua condição em relatar

fatos do passado); entrevista (feita de acordo com a conveniência da entrevistada, em local e data marcados, com uso do gravador e duração de 10 minutos a 1h53); pós-entrevista (composta pelos agradecimentos à entrevistada pela participação no estudo, transcrição, textualização e transcrição das narrativas).<sup>8-9</sup>

Realizou-se a análise de conteúdo das narrativas,<sup>11</sup> que na modalidade temática desdobra-se nas etapas de pré-análise (leitura flutuante, constituição do *corpus* e transcrição);<sup>10</sup> exploração do material (categorização dos dados mediante a leitura exaustiva das entrevistas transcritas); e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (processo inferencial, amparado no tema que emergiu das narrativas e na sua historicidade, contexto e significados).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo n. 941/2010/CEP-EEUSP) e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a carta de Cessão Gratuita de Direitos de Depoimento Oral. O primeiro nome das entrevistadas foi mantido mediante sua autorização.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo referem-se aos dados das entrevistas de 20 mulheres que tiveram partos no período de 1940 a 1989. As mulheres que deram à luz entre 1940 e 1968 foram consideradas a 1ª geração e aquelas que deram à luz entre 1981 e 1989 constituem a 2ª geração. Entre os anos de 1969 e 1980, as mulheres estudadas não tiveram partos em São Paulo. A caracterização das entrevistadas é apresentada a seguir, de forma descritiva, em ordem cronológica, considerando o primeiro parto de cada uma.

### Mulheres da 1ª geração

- Antonieta, 94 anos, um parto normal domiciliar, no interior, com parteira, sem episiotomia; acompanhada pela mãe; realizou pré-natal.
- Joana, 79 anos, oito partos normais domiciliares, no interior, com parteira, sem episiotomia; não lembra se teve acompanhante; não realizou pré-natal.
- Anézia, 76 anos, três partos normais domiciliares, na região metropolitana, com parteira, sem episiotomia; acompanhada pela mãe e tia; realizou pré-natal do último filho.

- Hermínia, 73 anos, quatro partos normais, sendo três hospitalares e um domiciliar, dois no interior e dois na região metropolitana, todos com parteira; episiotomia no primeiro parto; acompanhada pelo marido no parto domiciliar; realizou pré-natal dos dois últimos filhos.
- Cleusa, 83 anos, um parto fórcepe e dois normais hospitalares, na capital, sendo dois com médico e um com parteira; todos com episiotomia; acompanhada pelo marido nos dois primeiros partos; realizou pré-natal dos três filhos.
- M. de Jesus, 70 anos, dois partos normais domiciliares, no interior, com parteira; episiotomia no primeiro parto; acompanhada pelo marido; realizou pré-natal de todos os filhos.
- Ignêz, 68 anos, duas cesarianas e um parto normal hospitalar, na capital, com médico e episiotomia; sem acompanhante; realizou pré-natal dos três filhos.
- M. de Lourdes, 68 anos, um parto normal domiciliar, na capital, com parteira, sem episiotomia; acompanhada pelo pai; realizou pré-natal.
- Vera Lúcia M., 57 anos, uma cesariana, na região metropolitana; sem acompanhante; realizou pré-natal.
- Conceição, 51 anos, duas cesarianas, no interior; sem acompanhante; realizou pré-natal dos dois filhos.
- Valdinéia, 52 anos, duas cesarianas, no interior; sem acompanhante; realizou pré-natal dos dois filhos.
- Noeme, 59 anos, uma cesariana, na capital; sem acompanhante; realizou pré-natal.
- Marisol, 48 anos, duas cesarianas, na capital; sem acompanhante; realizou pré-natal dos dois filhos.

### Mulheres da 2ª geração

- Cristina, 59 anos, dois partos normais hospitalares, no interior, com médico, com episiotomia; acompanhada pelo marido; realizou pré-natal dos dois filhos.
- M. das Graças, 47 anos, um parto fórcepe hospitalar, com episiotomia, e uma cesariana, na capital; sem acompanhante; realizou pré-natal dos dois filhos.
- Vera Lúcia S., 53 anos, duas cesarianas, na região metropolitana; sem acompanhante; realizou pré-natal dos dois filhos.
- Vilma, 53 anos, três partos normais hospitalares, na capital, dois com médico e um com enfermeira, com episiotomia nos dois primeiros, e uma cesariana com natimorto; sem acompanhante; realizou pré-natal dos quatro filhos.
- Sebastiana, 58 anos, duas cesarianas, na capital; sem acompanhante; realizou pré-natal dos dois filhos.
- Sheila, 43 anos, duas cesarianas, na capital; sem acompanhante; realizou pré-natal dos dois filhos.
- Carmen, 49 anos, dois partos normais hospitalares, na capital, com médico, com episiotomia; sem acompanhante; realizou pré-natal dos dois filhos.

### A experiência do parto

Os principais elementos que se destacam como componentes do modelo assistencial ao parto são o ambiente em que o parto ocorre, o profissional que o assiste e as práticas de atendimento à mulher durante o ciclo gravídico. Estes nortearam a formulação do roteiro de entrevistas, as entrevistas e a composição do tema, a partir dos quais é apresentada a discussão sobre as transformações no modelo de assistência.

A política de saúde materno-infantil no Brasil começou a ser formulada nos anos 1930 e executada a partir da década de 1940, atendendo primeiro às demandas de centros urbanos maiores e só mais tarde, já na década de 1950, cidades menores passaram a contar com os postos de puericultura e maternidades.<sup>4</sup> Dentre as mulheres deste estudo, aquelas da 1ª geração eram, em sua maioria, moradoras da zona rural ou urbana de cidades do interior, onde as mudanças no modelo de assistência ao parto foram mais tardias do que na capital.

Progressivamente, o hospital tornou-se um bem necessário e um símbolo de ascensão social, um local onde haveria acesso à modernidade e a um tratamento diferenciado e seguro, onde seria possível desfrutar de um tipo de civilidade e conforto. Desde os anos 1940, as mulheres vinham, progressivamente, tendo seus filhos em maternidades, e dar à luz no hospital foi percebido como um ganho na vida delas.<sup>12</sup>

Isso coincide com os relatos das entrevistadas da 1ª geração, pois apesar de terem dado à luz em casa, valorizam a segurança e a tecnologia disponível no parto hospitalar de suas filhas e noras como algo benéfico, decorrente da modernização

e tecnologia gradualmente disponíveis para a assistência ao parto. A transição do parto domiciliar para o hospitalar entre as mulheres entrevistadas aconteceu, principalmente, a partir de 1960. Nesta década, duas delas fizeram a opção pelo parto no hospital e nas décadas seguintes, nenhum parto ocorreu em casa.

O tipo de profissional que atende o parto é, de certa forma, indissociável do local de assistência. Embora as parteiras, diplomadas ou não, tenham sido também incorporadas às equipes hospitalares na assistência ao parto, os médicos e enfermeiras foram paulatinamente substituindo-as no parto hospitalar.<sup>13</sup> No período estudado, ocorreram 49 partos, dos quais 16 foram no domicílio, assistidos por parteira e ocorreram até a década de 1960. Dos 33 partos hospitalares, 28 foram assistidos por médicos, principalmente entre as mulheres da 2ª geração.

As narrativas mostram que os motivos para a escolha da parteira eram ser “boa”, diplomada, conhecida, indicada por familiares e amigos, morar próximo e cobrar um preço acessível. Quanto ao médico, os motivos apontados foram, também, ser conhecido ou indicado; porém, algumas mulheres deram à luz com o médico do convênio ou o plantonista do hospital. Parece nítida a polarização entre a parteira como agente da assistência ao parto no domicílio para as mulheres da 1ª geração, e o médico no hospital para aquelas da 2ª geração. Aparentemente, para as mulheres da 2ª geração, a oferta de profissionais e serviços de maternidade foi ampliada pelo acesso aos leitos conveniados com empresas médicas e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).<sup>4,14-15</sup>

Algumas das falas ilustram dificuldades no acesso ao cuidado profissional e a variedade de motivos que envolvem sua “escolha”: [...] *meu marido procurou uma parteira boa e diplomada para fazer o meu parto. Na segunda gravidez troquei de parteira porque a outra era careira e essa era mais pobre e cobrava menos. O parto da (5ª filha) foi com a parteira diplomada Maria Luiza, conhecemos ela porque ela morava perto de nós [...]* (Joana); [...] *fiz as primeiras consultas com um médico do convênio que me indicaram, mas eu não o conhecia. Com sete meses de gravidez, ele falou que não poderia fazer o meu parto, mas não me explicou o porquê, então eu fui ao meu ginecologista, doutor Mendes, que me recebeu muito bem e eu sabia que ele era um bom médico [...]* (Noeme).

As oito mulheres da 1ª geração tiveram 25 partos, dos quais, duas cesarianas e um fórcepe.

A memória dessas mulheres traz à tona as dores do parto e o medo de ir para o hospital, o que significava que algo ruim estava acontecendo. Essas mulheres, em sua maioria, tinham acompanhante no parto, como a mãe, o marido e a tia, que normalmente davam suporte físico e emocional. Faziam uma avaliação da parteira de acordo com o resultado do parto, que girava em torno de ter um bebê perfeito e um parto sem complicações. Elas contam poucos detalhes sobre o que a parteira fazia durante o parto, mas referem que os cuidados eram a realização de exames, rezas, uso de medicamentos ocitócitos, corte e sutura do períneo sem anestesia, além de manobras para ajudar na expulsão do bebê e na dequitação, como “empurrar a barriga” e “assoprar na garrafa”.

Em relação às mulheres da 2ª geração, as 12 entrevistadas tiveram 24 partos, dos quais, 16 foram cesarianas. Algumas cesáreas foram eletivas por complicações na gestação – como pré-eclampsia, placenta prévia e óbito fetal intra-uterino – e outras foram por cesárea prévia, experiência negativa em parto normal anterior e medo da dor do parto normal.

Durante a internação para o parto, as mulheres da 2ª geração sentiram medo e solidão pela falta de cuidado do profissional e da presença do acompanhante, pois a maioria delas não pode contar com o suporte de alguém conhecido. Porém, quando tinham o acompanhante, ressaltavam sua importância: [...] *meu marido quis assistir todos os partos, o que foi muito bom. Acho que é uma emoção que tem que dividir [...]* (Cristina); [...] *eu acho que todo pai deve assistir porque acho que fortalece a ligação com o filho e com a mulher. Deveria ser obrigatório porque para mim foi muito importante [...]* (Sheila); [...] *não vinha ninguém ver se estava normal, ninguém veio ver minha dilatação [...] de vez em quando vinha alguém me ver, mas eu tive uma impressão de abandono porque ninguém me falou qual a posição que eu tinha que ficar e eu estava sem travesseiro, sem nada [...]* (Noeme).

Outros sentimentos citados como negativos na experiência do parto giraram em torno da rispidez dos profissionais, da falta de privacidade, da exposição da intimidade, da rigidez das rotinas hospitalares e dos procedimentos invasivos como lavagem intestinal, tricotomia, amniotomia, soro com ocitócitos, dilatação manual do colo, episiotomia e falta de esclarecimentos e informações acerca do que estava acontecendo com elas.

Em relação a episiotomia, cinco mulheres da 1ª geração, dentre as 22 que tiveram parto normal, sofreram esta intervenção, enquanto,

que na 2ª geração, seis dentre as sete com parto normal foram submetidas ao corte perineal. A episiotomia tem sido considerada paradigmática da adoção de práticas sem a comprovação de seu benefício no parto. Apenas na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 2006, sua realização foi pesquisada nacionalmente, mostrando que na região sudeste, 80,3% das mulheres com parto normal tiveram episiotomia.<sup>16</sup>

Desde 1985, as recomendações sobre a tecnologia apropriada ao parto e nascimento da Organização Mundial da Saúde fazem restrições a diversas práticas que as mulheres, principalmente da 2ª geração deste estudo, mencionam, com destaque para a indicação da cesariana por cesárea prévia ou para laqueadura das trompas, uso sistemático da episiotomia e amniotomia, falta de mobilidade no trabalho de parto, raspagem dos pelos pubianos e enema.<sup>17</sup> Assim, a assistência recebida por estas mulheres já andava na contramão do modelo preconizado internacionalmente.

Em relação ao cuidado do recém-nascido no parto, as mulheres valorizam o contato pele-a-pele com o bebê pelo alívio de saber que o filho está bem e pela emoção de estar em contato direto, fortalecendo o vínculo mãe-filho. O bebê se acalma ao receber o calor materno e reconhece a mãe. Por isso, esse contato é uma experiência positiva e é apontada como uma prática humanizada na assistência ao parto.<sup>18</sup> Infelizmente, algumas mulheres da 2ª geração não puderam ter este contato pelas práticas intervencionistas adotadas no cuidado imediato ao recém-nascido.

Dado que a maior parte das mulheres da 1ª geração teve parto normal, elas confirmam a rápida recuperação no pós-parto. Ao relatarem complicações – infecção nos pontos do períneo no parto hospitalar e hemorragia e retenção placentária no parto domiciliar –, fazem críticas ao cuidado recebido: [...] *depois de um mês que meu primeiro filho nasceu, eu voltei ao hospital porque estava com uma pequena infecção. O médico falou que precisava fazer uma limpeza e me receitou penicilina. Eu tenho certeza que foi culpa do médico, alguma coisa que ele fez, porque eu não fiz nada de diferente, de extravagante, respeitei tudo direitinho, inclusive a dieta [...]* (Cleusa); [...] *ela tirou a criança [a parteira], mas não cortou o cordão e a placenta ficou grudada em mim, mas enfim a minha dor passou [...] me deram até a urina do meu pai para tomar para ver se aquela placenta saía, foi uma ignorância só [...] hoje em dia, para fazer parto, até os guardas fazem*

*melhor do que aquela curiosa [...]* (M. de Lourdes).

Cinco das 12 mulheres da 2ª geração falam da depressão pós-parto, do medo de sofrerem depressão e da dor pós-cesariana e na região perineal após o parto normal. Em relação à recuperação, contam sobre os cuidados com a cicatriz da cesárea, da complicação por infecção cirúrgica e da preocupação com a estética na região abdominal. Do mesmo modo que no parto, no puerpério essas mulheres enfatizam as experiências negativas, mesmo quando não houve complicações.

A partir da década de 1970, pesquisadoras feministas revelam as distâncias e tensões existentes entre o mito da mãe e as realidades vividas pelas mulheres, que começam a expressar os conflitos vividos, expondo sentimentos ambíguos, que não se adequavam ao estereótipo de boa mãe.<sup>19</sup> Estes sentimentos, não verbalizados pelas mulheres da 1ª geração, aparecem nas narrativas das mulheres da 2ª geração: [...] *senti uma rejeição, não fiquei contente. Até cair minha ficha de que eu era mãe, me deu um pouco de depressão [...] quando chegava o bebê era um incômodo porque eu estava com muita dor. Eu nem queria segurar ele porque eu não podia me movimentar. Estava me sentindo uma pessoa machucada e dolorida [...]* (Vera Lúcia S.); [...] *tive enjoo e depressão depois do parto e eu não acreditava que isso existia. Eu tinha vontade de sair correndo, jogar o bebê na cama, ir embora e não voltar mais [...]* (Conceição).

Uma diferença notável entre as gerações é o contato permanente com o bebê depois do parto, decorrente no local de assistência. Se no parto domiciliar, mãe e bebê permanecem juntos o tempo todo, no hospital, a separação era a norma. Mesmo nas instituições que funcionavam com sistema de alojamento conjunto, o bebê permanecia períodos no berçário. Apenas nas últimas duas décadas, principalmente com a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança\*, hospitais e maternidades têm mudado as regras e seguido o modelo que condena esta prática.<sup>20</sup>

Quanto ao pós-parto, percebe-se na fala das mulheres da 1ª geração uma desvalorização com o cuidado nesse período, quando mencionam que só iam à consulta puerperal se tivessem algum problema. Diferentemente, sete entrevistadas da 2ª geração foram às consultas médicas e receberam orientações no puerpério. A dificuldade na cobertura assistencial para a consulta de puerpério e a desvalorização dessa consulta pelas mulheres pode refletir uma política pouco incisiva de cui-

\* [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24229](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229)

dados no pós-parto. Os resultados da avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto, do Ministério da Saúde, revelam que, em 2002, menos da metade das mulheres que realizaram as seis consultas pré-natais preconizadas tiveram, também, a consulta puerperal.<sup>21</sup>

Nas narrativas que tratam da experiência na gestação, embora cinco mulheres da 1ª geração relatem terem feito pré-natal de todos os filhos, esse cuidado não era um hábito para elas. Houve relato de descrédito com o preparo para o parto e percebeu-se a passividade das mulheres nas consultas pré-natais. Em relação à 2ª geração, houve repetição das narrativas das mulheres da 1ª geração quanto à preocupação com o controle do peso, somado a questões estéticas e à recomendação dos médicos sobre a alimentação. De 12 entrevistadas, oito falaram sobre este assunto, muitas vezes lembrando quantos quilos ganharam em cada gestação.

Em relação aos cuidados dos profissionais nas consultas pré-natais, os principais procedimentos eram o controle da pressão, a escuta do batimento cardíaco do bebê com Pinard e com o sonar – indisponível para a 1ª geração –, exame de sangue, urina e fezes, pesagem, medição da altura uterina e amniocentese para avaliar a maturidade fetal. O uso de vitaminas é reiteradamente lembrado como uma medicação usada na gestação. Das 12 mulheres da 2ª geração, 10 relataram o seu uso.

Muitos destes procedimentos e exames não foram relatados pelas mulheres da 1ª geração, pois foi aos poucos que a gestação e o parto começaram a serem vistos como um evento médico, arriscado, que precisam de acompanhamento sistemático. A melhoria do acesso à atenção ao pré-natal repercutiu na assistência, com excessiva medicalização, incluindo os exames de ultrassom, episiotomia e cesarianas.<sup>22</sup>

Nenhuma das mulheres da 1ª geração fez exame ultrassom, pois até o final da década de 1960, ainda não existia o equipamento no Brasil. Já as mulheres da 2ª geração, lembram do ultrassom como um exame importante para o diagnóstico da gravidez, avaliação do bebê, detecção do sexo e da idade gestacional; nove das 12 entrevistadas fizeram o exame.

Segundo estudo realizado com dois médicos do Rio de Janeiro e um de Recife, considerados pioneiros da ultrassonografia obstétrica no Brasil, o exame representa um divisor de águas na assistência pré-natal. Para as gestantes, iniciou-se a possibilidade de ‘ter uma foto do bebê’, trans-

formando o ultrassom em um bem de consumo e o exame em um momento de lazer. Igualmente, ajuda a configurar a experiência da gestação como algo concreto e não imaginativo na criação da imagem do bebê, antecipando a existência social do futuro filho. As mulheres que fizeram o ultrassom perceberam-no como algo benéfico, gostaram e valorizaram seu uso, sem questionar.<sup>23-24</sup>

As mulheres da 2ª geração passaram por outros processos durante o pré-natal, como indicação da cesariana eletiva por conveniência médica ou por cesariana anterior, o recurso a convênios médicos para a assistência e o descompromisso dos serviços de pré-natal com o acompanhamento da gestação a partir do oitavo mês.

No caso das cesarianas eletivas, a cirurgia já representava uma opção de excelência para a resolução da gravidez, que graças ao domínio das técnicas e conhecimentos nos campos da cirurgia, assepsia e anestesia ampliaram a segurança da intervenção.<sup>25</sup> Essa prática trouxe vantagens econômicas para o médico e o hospital e significa escolha para as gestantes que não desejam entrar em trabalho de parto.

Para as mulheres de ambas as gerações, a escolha do local para fazer o pré-natal e o parto hospitalar dependia de instituições públicas ou privadas, mediante convênio ou atendimento particular. A partir da década de 1970, foram crescentes os subsídios governamentais a empresas privadas para a oferta de assistência médica aos trabalhadores, com a proliferação dos planos de saúde privados, expansão da oferta de cuidados médicos.<sup>15,22</sup>

As mulheres da 2ª geração tiveram seus filhos na época de formulação do SUS, que, no entanto, foi implementado apenas em décadas posteriores. Os atuais desafios do SUS na saúde materna e infantil visam reverter as tendências de excesso de medicalização no parto; melhorar a qualidade da atenção, já que o acesso ao cuidado pré-natal e à assistência ao parto é quase universal; e integrar a atenção pré-natal e parto.<sup>15</sup>

## CONCLUSÃO

As transformações acontecem continuamente, sem um momento específico de ruptura. Nas décadas iniciais do século XX, o parto era quase exclusivamente normal e domiciliar; entre as décadas de 1930 e 1960, coexistiam os modelos de assistência ao parto no domicílio e no hospital, assistido por parteiras ou médicos. A partir da

década de 1970, conforme relatado nas entrevistas na década de 1980, o parto passou a ser exclusivamente hospitalar, assistido por médicos, e por cesariana, em sua maioria.

O relato da experiência das mulheres no parto e o contexto em que a maternidade ocorreu, indicam uma demarcação geracional e temporal nos anos de 1970. Assim, antes de 1970, a experiência das mulheres da 1ª geração ocorreu no contexto de transição do modelo assistencial, enquanto que as mulheres da 2ª geração experienciaram, a partir de 1980, a consolidação de um modelo de parto hospitalocêntrico.

As memórias maternas são narrativas da diversidade de práticas e sentimentos, de como as mulheres se apropriam das convenções sociais sobre a maternidade, como buscam soluções para os problemas cotidianos e da multiplicidade de sentimentos relacionados à experiência de dar à luz e criar os filhos.

## REFERÊNCIAS

- Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não-médicos [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1997.
- Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital. Projeto História. 2002 Dez; 25:197-219.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Anuário Estatístico do Brasil: 1949-1971 [online]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE. 1971 [acesso 2011 Maio 29]. Disponível em: [http://seculoxx.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos\\_pdf/saude.shtm](http://seculoxx.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf/saude.shtm)
- Martins APV. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. História Oral. 2005 Jul-Dez; 8(2):61-76.
- Mott ML. Atendimento ao parto em São Paulo: o serviço obstétrico domiciliar. In: Costa CL, Schmidt SP, organizadores. Poéticas e políticas feministas. Florianópolis (SC): Mulheres; 2004. p.113-23.
- Ministério da Saúde (BR). AIH pagas segundo município. Partos cesáreos: São Paulo, 1992 [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. [s.d.] [acesso 2011 Maio 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/pisp.def>
- Cassab LA. História oral: miúdas considerações para a pesquisa em serviço social. Serv Soc Rev [online]. 2003 [acesso 2010 Jan 21]; 5(2). Disponível em: [http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v5n2\\_latif.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v5n2_latif.htm)
- Meihs JCSB. Manual de história oral. 5ª ed. São Paulo (SP): Loyola; 2005.
- Ruquoy D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: Albarello L, Digneffe F, Hiernaux JP, Maroy C, Ruquoy D, Saint-Georges P. Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva; 1997.
- Meihs JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo (SP): Contexto; 2007.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
- Mott ML. A expedição e o nascimento. In: Museu da cidade de São Paulo. Expedição São Paulo 450 anos: uma viagem por dentro da metrópole. São Paulo (SP): Instituto Florestan Fernandes; 2004. p.197-202.
- Santos TCF, Barreira IA, Almeida Filho AJ, Oliveira AB. Las dictaduras de Vargas y Franco: implicaciones de la consagración de la maternidad para la enfermería. Texto Contexto Enferm. 2010 Abr-Jun;19(2): 317-24.
- Fleig J. 'Mães desdobráveis': experiências e memórias da maternidade na segunda metade do século XX [monografia]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2009.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011 Mai; 377(9780):1778-97.
- Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p.151-70.
- World Health Organisation (WHO). Appropriate technology for birth. Lancet. 1985 Set; 326(8452):436-7.
- Wei CY. Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital-escola [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- Martins APV. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. Estud Fem. 2005 Set-Dez; 13(3):645-66.
- Lamounier JA, Bouzada MCF, Janneu AMS, Maranhão, AGK, Araújo MFM, Vieira GO et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. Rev Paul Pediatr. 2008 Jun; 26(2):161-9.
- Serruya JS, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saude Publica. 2004 Set-Out; 20(5):1281-9.
- Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Swarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. 2011 Mai; 377(9780):1863-76.



23. Chazan LK. 'É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!' A construção de 'verdades' na ultra-sonografia obstétrica. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*. 2008 Jan-Mar; 15(1):99-116.
24. Chazan LK. Pioneiros da ultra-sonografia obstétrica no Brasil [relatório de pesquisa na internet]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008 [acesso 2011 Jul 13]. Disponível em: [http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/chazan\\_lilian.pdf](http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/chazan_lilian.pdf)
25. Motta ECS. Resgate histórico de atenção ao parto: por um parto respeitoso [monografia]. Ipatinga (MG): Universidade Presidente Antônio Carlos; 2009.

Correspondência: Nathalie Leister  
Rua Gal. Fernando V. C. Albuquerque, 1250, casa 64  
06711-020 - Bosque do Vianna, Cotia, São Paulo, Brasil  
E-mail: natyly@usp.br

Recebido: 03 de Agosto de 2011  
Aprovação: 08 de Agosto de 2012