

# “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX<sup>1</sup>

“Ideal childbirth”: medicalization and construction of a hospital delivery assistance script in Brazil in mid-20<sup>th</sup> century

**Fernanda Silva<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-5520-4647>

E-mail: fernandaloueirosilva@gmail.com

**Marina Nucci<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-3465-9201>

E-mail: marinanucci@gmail.com

**Andreza Rodrigues Nakano<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-1873-5828>

E-mail: andrezaenfermeira@gmail.com

**Luiz Teixeira<sup>c</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0001-8871-0928>

E-mail: luizteij3@gmail.com

<sup>a</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>c</sup>Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Resumo

No Brasil, as práticas de parto e nascimento passaram por profundas transformações e intenso processo de medicalização, sobretudo em meados do século XX. Os partos, que ainda aconteciam em sua maioria nos domicílios com assistência de parteiras, passaram cada vez mais a ocorrer nos hospitais, assistidos por médicos obstetras, com intervenções, práticas e rotinas próprias. A partir da análise de 31 artigos publicados em periódicos científicos brasileiros da área da obstetrícia entre os anos de 1930 e 1970, procuramos compreender as ideias em torno do processo de construção de uma rotina “ideal” para o parto hospitalar e os argumentos que sustentavam a consolidação da figura do médico como profissional mais habilitado para a assistência ao parto. O debate de obstetras acerca de uma roteirização da assistência ao parto, incluindo intervenções e práticas obstétricas que deveriam ser realizadas como rotina, lançam luz sobre os primórdios do processo de medicalização do parto no Brasil. Com a justificativa de um dever médico de diminuir o tempo e as dores do parto, e não deixar a natureza “agir sozinha”, as intervenções foram apresentadas como fruto de um novo conhecimento médico-científico que constituiria a obstetrícia moderna.

**Palavras-chave:** Medicalização; Parto; Gênero; História do Parto; Parturição; Obstetrícia.

## Correspondência

Fernanda Silva

Rua São Francisco Xavier, 524, 7 andar, blocos D e E. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 20550-013.

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pelo edital do Programa de Excelência em Pesquisa (Proep) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## Abstract

In Brazil, childbirth practices underwent deep changes and an intense medicalization process, especially in the mid-twentieth century. Childbirth, which by then still mostly took place at home with midwives' assistance, began to increasingly occur in hospitals, assisted by obstetricians with their own interventions, practices and routines. Based on the analysis of 31 articles published in Brazilian obstetrics scientific journals between the 1930s and 1970s, we sought to understand the ideas about the process of constructing an "ideal" routine for hospital delivery and the arguments that supported the consolidation of the physician's role as the most qualified professional for childbirth care. The obstetricians' discussion about a scripting of childbirth care, including interventions and obstetric practices that should be performed routinely, shed light on the early stages of the medicalization process of childbirth in Brazil. Justified by the medical duty of reducing time and pain of normal birth and to not let Nature "act alone", the interventions were presented as the result of a new medical-scientific knowledge that would constitute the modern obstetrics.

**Keywords:** Medicalization; Childbirth; Gender; Birth History; Parturition; Obstetrics.

## Introdução

A assistência ao parto no Brasil é marcada, atualmente, pelo número elevado de cirurgias cesarianas e um excessivo uso de intervenções no parto vaginal, como a prática da episiotomia (corte entre a vagina e o ânus), a restrição da parturiente ao leito durante o trabalho de parto, o uso da ocitocina venosa para acelerar contrações, entre outros procedimentos (Leal, 2014).

O cenário atual é fruto de um longo e intenso processo de medicalização das práticas de parto, que trouxeram profundas transformações nas formas de nascer. No início do século XX, no âmbito das primeiras políticas de saúde, surgiram iniciativas que visavam reduzir a mortalidade materna e infantil, a partir da intervenção na forma de assistência ao parto, até então dominada por parteiras com formações diversas (Martins, 2004). O campo médico, através das faculdades de medicina e das sociedades médicas, objetivando "medicalizar e higienizar os hábitos de vida da população", buscou transformar as maternidades em espaços modernos e adequados ao nascimento. Em suas dependências, os partos se tornariam civilizados, e as gestantes teriam assistência médica e possibilidade de repouso, além de contar com procedimentos assépticos que diminuiriam o risco das infecções (Amaral, 2008).

O processo de medicalização dos nascimentos iria se fortalecer em meados do século XX, período de ampliação do número de maternidades e clínicas médicas. Nesse novo contexto, os partos, que ainda aconteciam em sua maioria nos domicílios com assistência de parteiras, passaram cada vez mais a ocorrer nos hospitais (Martins, 2004; Mott, 2002). Assistidos por médicos obstetras, passaram a ter como base intervenções, práticas e rotinas próprias que, entre outras coisas, visavam permitir o ordenamento e padronização necessários à medicina hospitalar (Rosenberg, 2002).

Este artigo explora como as discussões no campo da obstetrícia contribuíram para o desenvolvimento e implementação de técnicas e práticas medicalizadas na assistência ao parto em meados do século XX. Para tanto, analisamos o debate de obstetras em torno do processo de construção de uma rotina "ideal" para o parto hospitalar, que, como veremos,

se estabelece através da ideia de que o obstetra deveria ser o responsável por conduzir ou dirigir o parto. Com isso, procuramos compreender também os ideais da época em torno da natureza do parto e os argumentos que sustentavam a consolidação da figura do médico como profissional mais habilitado para sua assistência. De modo exploratório, buscamos compreender os elementos que propiciaram a migração para o hospital, assim como as características do parto hospitalar que se colocavam em disputa com aquelas oferecidas no parto no domicílio. De modo mais específico, investigamos as ideias e valores que davam contorno ao “parto ideal” almejado pelos especialistas.

## Métodos

No presente trabalho, analisamos artigos publicados em periódicos científicos brasileiros da área da obstetrícia entre os anos de 1930 e 1970, período no qual se intensificou a hospitalização do parto (Mott, 2002). O levantamento dos periódicos médicos foi realizado no ano de 2016, no contexto da pesquisa Medicalização dos Nascimento no Brasil, desenvolvida pela Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Esta pesquisa tinha como objetivo analisar, histórica e sociologicamente, o processo de medicalização do parto no Brasil, buscando elucidar o papel de um conjunto de inovações técnicas e de práticas médicas que foram introduzidas ao longo do século XX, de diferentes formas e intensidades, no âmbito dos nascimentos. As publicações médicas assumiram um importante papel na afirmação científica da medicina e no desenvolvimento e divulgação de novas técnicas e abordagens entre os pares (Souza, 2018). Ademais, no Brasil, a partir do século XIX, os periódicos médicos foram instituições centrais na estratégia de ampliação da visibilidade das ações dos médicos e convencimento do público leigo a respeito da efetividade da medicina (Ferreira, 2004).

Dois periódicos do acervo da biblioteca da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro foram escolhidos para nossa análise: *Anais Brasileiros de Ginecologia* e a *Revista de Ginecologia e d’Obstetrícia*. Estas publicações tiveram ampla circulação e centralidade, sendo consideradas as mais importantes da área no período

por sua forte influência na legitimação dos campos da medicina ginecológica e obstétrica no Brasil. Os *Anais Brasileiros de Ginecologia*, publicação oficial da Sociedade Brasileira de Ginecologia, foi criado em 1936 e teve seu último número publicado em 1969. Era editado no Rio de Janeiro, tendo sido transferido para São Paulo em seus últimos números. Já a *Revista de Ginecologia e d’Obstetrícia*, também editada no Rio de Janeiro, foi um dos periódicos médicos brasileiros com mais tempo de circulação, tendo sido criada em 1907 e com o último número publicado em 1978. Ambas as revistas possuíam colaboradores de diferentes localidades do país (Bonan; Teixeira; Nakano, 2017; Freitas, 2005; Teixeira; Löwy, 2011) e contavam com artigos de temas variados ligados à ginecologia e obstetrícia, sendo compostas por artigos originais em português, além de resumos em português de artigos publicados originalmente em outras línguas em periódicos internacionais. Seleccionamos e analisamos 31 artigos completos que tratavam dos seguintes temas: classificações e denominações do parto (“parto médico”, “parto dirigido”, “parto conduzido”, entre outros), mecanismos do parto, assistência ao parto e evolução da obstetrícia brasileira.

### **A natureza do parto e a construção de argumentos a favor de sua condução pelos obstetras**

No Brasil, até o final do século XIX, praticamente a totalidade dos partos acontecia no domicílio da parturiente com a assistência de parteiras leigas, ou, mais raramente, por parteiras diplomadas (Mott, 2002). O médico era acionado apenas nos casos considerados mais complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema. Martins (2004) observa que, nas primeiras décadas do século XX, houve uma verdadeira “campanha de convencimento” sobre as vantagens e seguranças do parto hospitalar em relação ao domiciliar. Ao mesmo tempo, o parto começava a ser visto cada vez mais como um evento médico e potencialmente perigoso, passível de intervenções que diminuíssem os riscos para a vida das gestantes e dos nascituros, e que amenizassem seu sofrimento. A partir da década de 1930, o desenvolvimento tecnológico da medicina e, em especial, a visão do hospital como seu principal

centro de atuação, fez com que maternidades, clínicas médicas e hospitais passassem a ser vistos como os locais ideais e mais seguros para o parto. No entanto, foi necessária a construção de argumentos que justificassem a mudança de local e a presença do obstetra. Para dar conta dessa tarefa, os periódicos de obstetrícia contribuíram com a difusão de uma nova argumentação sobre a natureza do parto e, por conseguinte, dos corpos das mulheres.

O entendimento de que o parto teria um curso natural permeia as justificativas apresentadas nos periódicos médicos e pauta as formas de agir sobre essa natureza. A busca por meios e recursos que suavizem o parto, tornando-o mais rápido e diminuindo os incômodos e transtornos que lhe seriam característicos, é apontada, em nosso material, como uma das questões que mais teria ocupado o mundo obstétrico brasileiro no início do século XX. O parto, por sua “natureza longa e cansativa”, era considerado uma atividade fisiológica *sui generis* que, mesmo estando dentro dos “limites da mais estrita normalidade”, submetia a mulher a sofrimentos e traumatismos não desprezíveis. Ademais, considerava-se que o parto estaria sujeito a tantas e tão frequentes complicações que constituiria, por si só, um risco.

Em artigo publicado na *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, o médico argentino Josué Beruti (1941) afirmava que o parto, assim como a gravidez, é uma “função natural” que se desenrola de forma variável. Por ser natural, Beruti chegou a ponderar se seria ou não conveniente deixar que ele acontecesse sem o auxílio de nenhum artifício, manipulação ou medicamento. Contudo, logo em seguida, asseverou que a obstetrícia já possuía “critério formado” sobre essa questão e não admitia, portanto, que uma mulher desse à luz “totalmente abandonada a suas próprias forças como o faziam e o fazem com algumas parturientes de certos povos primitivos” (Beruti, 1941, p. 142). Beruti, ao fazer uma comparação entre partos de animais e de mulheres, evocava a enorme diferença entre os dois tipos. Para este médico, existiriam fatores de ordem cultural que promoveriam uma espécie de inferioridade do parto humano, tais como a “mistura inconveniente de certas raças”, a maternidade tardia, a falta de preparação física e psíquica da futura

mãe para suas “funções procriadoras” e os hábitos sociais e mundanos, que seriam “destruidores do sentimento maternal e debilitantes do organismo feminino” (Beruti, 1941, p. 142). Beruti considerava que estes fatores seriam consequência de uma cultura adquirida “a expensas da natureza” e que, por exercerem influência perniciosa sobre a “boa evolução do parto fisiológico”, justificariam a “necessidade de ajudar a parturiente contemporânea na sua função primordial, por mais simples e natural que pareça ser” (Beruti, 1941, p. 142). Nota-se, portanto, que a discussão sobre a natureza do parto trazia consigo também uma discussão sobre a atuação obstétrica: embora parecesse simples e natural, o parto da mulher moderna não o era; sua natureza fora “corrompida” ou “desviada” pela cultura e, assim sendo, necessitava de auxílio profissional.

Como aponta Martins (2004), entre obstetras no início do século XX era bastante comum discussões a respeito dos efeitos perniciosos da civilização sobre o corpo feminino. Tais debates revelavam um discurso normativo sobre a gravidez, o parto, e a maternidade - “funções naturais” às quais as mulheres estariam destinadas. Além disso, como observa a autora, os obstetras argumentavam também que, devido às transformações sofridas pelo corpo da mulher civilizada, o parto teria se tornado mais doloroso, justificando, assim, o imprescindível uso de anestésicos para aliviar as dores.

Em outro artigo, Iwan Figueiredo, Livre-Docente de Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia, e seu assistente, Leo Gouvêa, reiteravam tais ideias, explicando as causas do que chamavam de “inferioridade parcial humana”. Marcados pelo racismo científico da época, eles apresentaram não só uma série de estudos comparativos entre mulheres e animais, mas também entre mulheres europeias e mulheres africanas, em que enumeravam diversas alterações da espécie humana que teriam sido provocadas pela civilização. Tais alterações teriam tornado o esqueleto feminino cada vez mais frágil e menos apto aos “conflitos bio-mecânicos do parto”, e, por isso, teriam desviado o parto de um “parto ideal”, presente em épocas primitivas da humanidade (Figueiredo; Gouvêa, 1941). Por conta disso, os autores argumentavam que a incidência do

parto absolutamente normal seria muito pequena, o que justificaria a necessidade da assistência ao parto por profissionais devidamente especializados, e não mais por “curiosas”. Figueiredo e Gouvêa opõem, assim, o antigo ofício de parteiras, baseado, segundo eles, apenas no empirismo, ao ofício dos obstetras modernos, que se apoiaria na ciência. A ciência surge, então, representada pela figura do médico “devidamente especializado para este mister”, que teria como principal objetivo corrigir os “desvios do fisiologismo” do parto e torná-lo mais breve e suportável para a parturiente: “a Ciência não tem poupado esforços no sentido de combater os desvios de fisiologismo, corrigindo-os com o artifício, numa primeira fase, e mais tarde, fazendo a prophylaxia das dystocias” (Figueiredo; Gouvêa, 1941, p. 172).

De acordo com o médico Murillo Queiroz de Barros (1943), no artigo em que buscava apresentar um resumo das atividades do Ambulatório de Obstetrícia da Maternidade das Laranjeiras, no Rio de Janeiro, a obstetrícia moderna, em seu esforço constante de aperfeiçoamento, foi o campo da medicina que mais se beneficiou com o desenvolvimento de novos recursos associados à noção de “profilaxia das distocias”. Para ele, a mulher grávida deveria ser examinada, levando-se em conta que, no decorrer da gestação, ela poderia vir a apresentar sinais de “incapacidade orgânica”. Assim, a profilaxia das distocias<sup>2</sup> deveria começar ainda no atendimento ambulatorial pré-natal – chamado de higiene pré-natal –, no qual as mulheres receberiam orientações que as tornariam “aptas para suportar os percalços duma gravidez”.

Se, ao longo da gravidez, a profilaxia das distocias já aparecia como uma preocupação para os médicos, durante o parto ela se potencializava. Eduardo Passos e França Martins (1945), respectivamente Chefe de Clínica e Assistente da Maternidade de São Paulo, enfatizavam a importância de uma assistência médica especializada em todos os partos, como uma maneira de identificar precocemente qualquer variação da normalidade e corrigir seus defeitos. Nesse sentido, a intervenção do médico, sob a forma

de uma “terapêutica profilática”, deveria acontecer no momento da instalação da distocia ou o mais cedo possível. A ação dos obstetras, nesse sentido, seria vigiar a natureza do parto, antecipando e corrigindo possíveis problemas. Cabe ressaltar que, naquela época, Passos e Martins (1945), assim como tantos outros obstetras, advogavam por uma vigilância médica dos partos não só para prevenir e tratar os desvios de normalidade, mas também para “evitar profilaticamente um grande número de atos cirúrgicos”. Estes médicos defendiam uma postura conservadora em relação ao parto, recomendando “o uso das vias normais que a natureza tão sabiamente criou”. Para esses médicos, o parto eutócico fisiológico, isto é, aquele que acontece “sem quaisquer perturbações quer de origem dinâmica, quer de origem mecânica, a fim de que o seu término se dê em curto espaço de tempo” seria um fenômeno raro. Assim, quaisquer perturbações deveriam ser corrigidas com rapidez e eficiência por profissional médico habilitado, que teria a capacidade de distinguir o normal do patológico e restabelecer a fisiologia do parto (Passos; Martins, 1945, p. 252).

O monitoramento do parto era uma preocupação entre os obstetras que se acentuou no decorrer do século XX. Essa apreensão em torno do processo de parturição aparece associada à ideia de que havia, por parte da mulher moderna, um pavor à dor do parto e um medo crescente em relação à maternidade. A modernidade e a cultura, explicavam os médicos, teriam tornado o parto um evento cada vez mais difícil e arriscado, no qual a obstetrícia tinha a obrigação de prestar apoio material, moral e técnico à mulher que dá à luz (Sarmiento, 1940).

Nota-se que, em torno deste mesmo período – mais especificamente, no início da década de 1950 –, a discussão sobre dor no parto ganha destaque, sobretudo na Europa e Estados Unidos, com o surgimento do método psicofilático e do “parto sem medo”. Ao contrário do que era proposto pelos obstetras analisados em nosso trabalho, porém, tais métodos possuíam o objetivo de diminuir – ou mesmo abolir – a dor do parto através de meios não medicamentosos, com uma reeducação física

---

2 A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) define “distocia” como qualquer perturbação no bom andamento do parto, seja na contratilidade uterina, no objeto (distocia fetal) ou no trajeto (bacia e partes moles) (Distocias..., 2017).

e psíquica da gestante (Salem, 2007). Embora não tenha feito parte de nossa análise, localizamos nos *Anais Brasileiros de Ginecologia*, a partir de 1951, artigos que tratam de outras abordagens obstétricas, como o “parto sem dor” e o “parto natural”, mostrando o espraiamento de tal discussão também entre obstetras no Brasil.

### **Ciência obstétrica rompendo com crenças médicas**

Como vimos até aqui, havia, nos artigos analisados, a ideia de que, devido à “inferioridade parcial” humana, o papel do médico deveria ser prevenir, antever e corrigir as anormalidades do parto. Para isso, os obstetras apoiavam-se no conhecimento científico da época, um marcador importante para a construção de uma nova obstetrícia. Inspirada nas práticas dos médicos europeus (Martins, 2004), essa nova obstetrícia tinha como duplo intuito abolir a dor e encurtar a duração do trabalho de parto - considerado por Armindo Sarmiento (1940) como “dois problemas magnos da obstetrícia” - tornando o parto menos “traumatizante” para a mulher. Assim,

o ponto de partida de uma série de conhecimentos novos e que diretamente nascidos daquelas finalidades, surgiram em nossos dias destruindo preceitos antigos, ensinamentos clássicos que repousam em bases aparentemente sólidas e indiscutíveis. (Sarmiento, 1940, p. 411)

Essa ideia de novos conhecimentos destruindo preceitos antigos aparece no material analisado desde o início dos anos 1930. Em 1931, o médico Armando Aguinaga mencionava os estudos recém-publicados pela Escola de Estrasburgo<sup>3</sup>: os de Schickelé, “notável homem de sciencia”, sobre contração uterina e dilatação do colo, e os de seu discípulo, Kreis, sobre o papel da bolsa de águas. Nessa época, Aguinaga não afirmava ser a favor ou contra o que era preconizado por Schickelé e Kreis; ele apenas ressaltava que ainda não possuía

“observações suficientes para um juízo definitivo”, mas procurava assegurar o seguinte:

penso mesmo que o assumpto deve ficar sómente entre os da especialidade porque a pratica intempestiva e abusiva póde trazer gravames; mas o que venho observando até certo ponto está em desacordo com o que leio na maioria dos classicos. (Aguinaga, 1931, p. 403-404)

Diogenes Vinhais, em comunicação realizada em 1942 na Sociedade de Medicina e Cirurgia de Ilhéus, buscando enfatizar o que chamava de “intrincado problema do mecanismo do parto”, afirmou: “ainda continuamos em terreno movediço, sombreado de afirmações apressadas, unilaterais” (Vinhais, 1942, p. 116). Segundo esse médico, a falta de conhecimento acerca do complexo mecanismo do parto seria decorrente de

uma série de preconceitos, de apriorismos descabidos e desconcertantes, advenientes de escolas obstétricas que se foram formando, por mercê de inobservancias e distrações, face a problemas que exigem uma vista serena e uma pesquisa mais profunda. (Vinhais, 1942, p. 114)

Nesse momento, ainda eram recentes as tentativas de estruturação do ensino de obstetrícia, assim como de campos de atuação para os obstetras em formação (Martins, 2004). Essa busca por uma base - teórica e prática - para a obstetrícia deixava margem também para que os obstetras estivessem atentos à construção de saberes sobre o parto. Diante de uma série de erros, fracassos e más interpretações, o conhecimento sobre a fisiologia do parto era considerado como um livro ainda a ser escrito: “a fisiologia da parturição continua em pagina aberta, desafiando a argucia dos estudiosos do assunto”, declarava Diogenes Vinhais (1942, p. 117). O que estava criticando, portanto, era a falta de cientificidade da prática obstétrica, destacando-se a necessidade de rever “preceitos antigos” à luz

<sup>3</sup> A Escola de Estrasburgo parece ter tido bastante influência entre obstetras brasileiros na época, assim como observado em outros países da América Latina, como a Argentina (Eraso, 2013).

da ciência e de se ampliar o conhecimento sobre a fisiologia do parto.

A reformulação de preceitos antigos acerca do processo de parturição, apontam os artigos, passava, necessariamente, pela revisão dos papéis e dos valores imputados aos seus “componentes” - “motor”, “trajeto” e “objeto” - e pela criação de novas classificações de partos. Essa nova classificação deveria incluir tipos intermediários, para além dos tipos normais/naturais, que eram considerados raros, e, em seu extremo oposto, operatórios/artificiais, que, até aquele momento, deveriam ser evitados. Isto se colocava também como um ponto de partida e ponto comum no entendimento de como o obstetra deveria agir. Assim, uma nova forma de classificar os partos, ao mesmo tempo que preencheria os anseios analíticos dos obstetras, acabaria por justificar a implementação das novas orientações para a assistência ao parto.

Os autores dos artigos apresentam classificações que variavam de acordo com a extensão (tempo de duração), evolução, condução, entre outras, demarcando que diferentes perspectivas classificatórias estavam em disputa.

O trabalho de Pedro Neiva Sant’Anna e Canuto Alves de Cruz e Souza, publicado em 1930, sob a orientação de Fernando Magalhães, reuniu 2.438 observações do arquivo do Hospital Pro Matre, no Rio de Janeiro. Este trabalho tinha como objetivo relacionar a influência da duração do trabalho de parto sobre as condições do feto. Para tanto, os autores apresentaram, logo de início, uma classificação dos partos em seis categorias de tempo: menos de 5 horas, de 5-10 horas, de 10-20 horas, de 20-30 horas, de 30-40 horas e mais de 40 horas. Sem que houvesse qualquer tentativa de esclarecimento sobre o modo como chegaram a essa classificação, os autores buscaram estabelecer, a partir daí, uma relação entre diferentes condições (número de gestações, apresentação e posição do feto, entre outras) e as distintas classes de tempo do trabalho de parto. A conclusão dos autores é que, independentemente de qualquer condição relacionada, tanto os partos rápidos quanto os partos demorados eram desfavoráveis para o feto (Sant’anna; Cruz e Souza, 1930).

Josué Beruti, no trabalho intitulado “A condução do parto: novos conceitos e nova nomenclatura” (1941), afirma que, no que se refere à evolução do parto, não seria possível falar somente de “parto eutócico” e “parto distócico”. Entre essas classes de parto existiriam dois tipos intermediários que se aproximam, um mais e o outro menos, daquilo que poderia ser considerado como “rigorosamente fisiológico”: o “parto paraeutócico” e o “parto anfitócico”, nessa ordem. Ainda de acordo com ele, na medida em que os partos apresentavam tipos intermediários de evolução, tornava-se imperioso criar outras categorias que correspondessem aos modos como esses partos deveriam ser conduzidos. Para Beruti, havia uma categoria de partos mal definidos que não eram nem naturais, nem operatórios: eram artificiais, pois requeriam “certos artifícios” para “chegar ao termo feliz”. Para o autor, existiriam quatro rumos a serem seguidos pelos obstetras na condução dos partos: o “espontâneo” (ou natural, portanto, raro), o “provocado”, o “corrigido” (ou conduzido) e o “operatório” (cirúrgico e indesejável).

Os médicos brasileiros Iwan Figueiredo e Leo Gouvêa, no artigo intitulado “Ensaio de uma nova classificação dos partos”, também afirmavam que a classificação em apenas dois tipos fundamentais - normais e operatórios - omitia uma classe intermediária de partos: os partos auxiliados. Segundo eles, essa forma de classificar os partos obedecia a cânones clássicos, que deveriam ser superados.

O conceito moderno tem de ser forçosamente diverso da opinião dos clássicos. A assistência ao parto evoluiu bastante. Antes do século 16, predominava a espectação, como *methodo de conducta* mais louvável. Esperava-se que a natureza obrasse por si própria. Se falhavam os meios naturais, então cabia o lugar do artifício. Dahi - partos naturais, contra natureza, laboriosos. Depois, a arte obstetrica progrediu sobremodo, com o início da assistência medica aos partos. Aos poucos, a expectação exaggerada cedeu passo á expectação racional, e o intervencionismo *ultima ratio* foi substituído por um *intervencionismo opportuno*. (Figueiredo; Gouvêa, 1941, p. 175, grifos dos autores)

Para Figueiredo e Gouvêa, a nova orientação para a assistência ao parto ganhou terreno a partir dos trabalhos de Kreis e da escola de Estrasburgo sobre “pathologia da gestação” e “condições funcionaes do utero gravido”. Os novos artifícios seriam empregados, de acordo com eles, para colaborar com a natureza do organismo parturiente. “Não ha interferencia; ha auxilio. Não ha opposição; há controle, orientação, ajuda”, diziam eles.

Podemos observar, a partir dos trechos citados, que o debate acerca das classificações dos partos era também um debate sobre o papel do médico na assistência ao parto, que visava alcançar um “resultado satisfatório”. Como veremos a seguir, tal questão irá se tornar ainda mais central a partir da noção de “parto médico” e “parto dirigido”.

### **Parto médico, parto dirigido, parto conduzido ou parto auxiliado: da denominação à ação**

Os artigos analisados expõem a necessidade não só de classificar o que se faz, mas também de denominar o que se deve fazer. Nesse caminho, os estudos de Schickelé e Kreis, da Escola de Estrasburgo, inauguraram uma nova orientação para a assistência ao parto: a *Technique d'accouchement médical*, ou “parto médico”.

Schickelé, a partir das investigações sobre a “sinergia funcional” entre o corpo e o colo do útero, e o mecanismo produtor dos espasmos cervicais, buscou definir os limites entre o normal e o patológico no parto. De acordo com Eduardo Passos e França Martins (1945), Schickelé admitia que, dentro desse conceito de sinergia funcional, havia, nos casos considerados normais, um verdadeiro sincronismo entre o corpo que contrai e o colo que dilata; por outro lado, qualquer desvio desta rota era considerado patológico e deveria ser identificado e solucionado a tempo, caso contrário, resultaria em perigo para a parturiente e o feto.

O entendimento de que o médico deveria corrigir a rota é norteador para a ação dos obstetras. Do mesmo modo, lançar mão de recursos que os auxiliassem nessa ação torna-se imperativo. Para Armindo Sarmiento (1940, p. 413), “novas condutas se fizeram mais lógicas e uma terapêutica mais racional se impôs”, fundamentadas nos estudos da Escola de

Estrasburgo. De acordo com ele, a grande frequência com que a distocia era observada na prática diária reclamou a necessidade de uma medicação capaz de resolvê-la: a spasmalgina, uma combinação de papaverina e atropina que regularizava as contrações e dilatava o orifício cervical – ou obstáculo, em suas palavras. De acordo com Passos e Martins (1945, p. 239), “o desaparecimento deste [obstáculo] em consequência ao emprego da spasmalgina, provoca uma retomada do sincronismo das contrações, o que resulta no prosseguimento normal do trabalho”. Ademais, conforme ressalta Sarmiento (1940, p. 413), os surpreendentes efeitos desse antiespasmódico e a “velha e empírica observação de que a rotura precoce das membranas tinha uma ação aceleradora sobre a marcha do parto” favoreceram o desenvolvimento de um recurso apropriado para “resolver com êxito na quasi totalidade dos casos, os problemas da dor e da redução do tempo de trabalho de parto”. Cabe observar, porém, que a própria intervenção médica, supostamente utilizada para corrigir o parto, poderia ela mesma causar distocias, que por sua vez necessitariam de novas correções.

De acordo com os artigos analisados, o parto médico era empregado por Kreis como uma “terapêutica sistemática” em todos os partos. Os criadores do método consideravam que, com ele, o trabalho de parto se encurtava e decorria menos dolorosamente, com contrações mais regulares, mais ritmadas e eficientes, e o uso de fórceps e de outras manobras se tornaria mais raro. O parto médico de Kreis consiste, então, em uma sistematização ou roteirização do processo de parturição no qual há a

ruptura deliberada e precoce da bolsa d'aguas desde que o trabalho esteja iniciado (sem preocupação do grão de dilatação) seguida da injeção de uma empôla de Espasmalgina que se repete por duas vezes com intervalos de 20 minutos. Uma hora depois, caso se esboce qualquer contractura do collo ou dôres espasticas (as dôres lombares e suprapublicas frequentes e sub-intrantes são tidas como sempre de origem espasmodica), podem novas injeções ser praticadas. (Parto..., 1937, p. 49-50)

Para Sarmiento (1940), esse processo salientava uma série de “vantagens tentadoras”, principalmente,

no que diz respeito à ação aceleradora. Além disso, segundo este autor, essas vantagens eram reforçadas à medida em que as experiências iam aumentando. Assim, o conceito de parto médico, amparado nos estudos sobre fisiologia e fisiopatologia obstétrica, teve grande divulgação no meio obstétrico.

No entanto, embora o parto médico fosse considerado por alguns obstetras como uma “arma valiosa”, observamos que não havia consenso acerca do seu emprego sistemático. A partir de meados dos anos 1930, houve o surgimento de novas classificações de partos que se baseavam na revisão dos conceitos descritos por Schickelé e Kreis. Os médicos franceses Voron e Pigeaud, em 1934, propuseram algumas modificações no método desenvolvido pela Escola de Estrasburgo, cunhando-o de “parto dirigido”:

A variação consistia no fato de que empregavam ocitócicos como coadjuvantes das contrações em caso de inércia relativa, praticavam a rotura sistemática da bolsa mas somente quando o colo atingia o diâmetro aproximado de 4 cms, e usavam anti-espasmodicos, conforme a necessidade do caso. (Passos; Martins, 1945, p. 238)

Inicialmente, de acordo com Passos e Martins, o parto dirigido estava “condicionado às bacias normais ou pouco abaixo do normal e com fetos pequenos”. Em 1938, como consequência da reunião de “maior experiência” com “maior material”, e da “evolução natural” dos conhecimentos histofisiológicos, Voron e Pigeaud modificaram a conduta e ampliaram as indicações para o parto dirigido.

Os médicos defensores do parto dirigido negavam a interpretação da “sinergia funcional” de Schickelé e consideravam excessiva a terapêutica profilática proposta por Kreis. Segundo esses obstetras, a insistência de Kreis de praticar o parto médico desde o início do trabalho de parto com a justificativa de evitar o estabelecimento de anormalidades estava baseada em conceitos errados. Para Passos e Martins, o método de Kreis pecava pelo “exclusivismo irrestrito”, dado que não alterava o modo de agir mesmo se o caso assim determinasse. Ainda de acordo com estes autores, a preferência de Voron e Pigeaud pelo termo parto

dirigido baseava-se justamente no fato de que o seu emprego não era sistemático, mas variável, como um roteiro adaptável: “ora empregando um ocitócico, ora um anti-espasmodico, ora os dois em conjunto, após prévia rotura da bolsa de águas, quando a dilatação da cervix atingir 4 cms” (Passos; Martins, 1945, p. 241).

Para Voron e Pigeaud, o parto dirigido se configurava como uma conduta expectante sobre o desenvolvimento do parto, a fim de corrigir qualquer anomalia de contração e reconduzi-lo à normalidade. Passos e Martins (1945, p. 241) consideravam que as medidas preconizadas por Voron e Pigeaud “deixaram margem a maiores amplitudes, num elevado espírito de compreensão e num sentido verdadeiramente obstétrico”, na medida em que atuavam como uma bússola que indica o ponto a ser corrigido, quando a rota saía da normalidade.

As denominações atribuídas ao parto eram orientadoras da ação dos obstetras. Josué Beruti (1941, p. 141) considerava que a evolução do parto, enquanto processo biológico, “é uma linha irregular que nunca se repete do mesmo modo, nem sequer na mesma mulher”. Fazendo uma analogia náutica entre o “enigma do parto” com o “destino de certos barcos”, o obstetra argentino afirmava que, embora os médicos fossem incapazes de determinar precisamente como seria o início, a evolução e o término de um parto, o seu curso “exige irremissivelmente a ajuda do comandante” (Beruti, 1941, p. 141). Assim, o médico obstetra, enquanto comandante do navio, para “agir bem”, deveria se guiar por e conduzir a evolução do parto, simultaneamente. Isto é, o obstetra teria que “adaptar-se às circunstâncias peculiares e inerentes ao caso por meio de uma observação meticulosa, uma vigilância cuidadosa e o máximo respeito pelas forças naturais”, ao mesmo tempo que deveria adotar os “princípios modernos que regem a conduta médica ante o processo clínico e mecânico do parto” para conduzir sua evolução (Beruti, 1941, p. 142).

Beruti, neste artigo, procura marcar a distinção entre partejar e conduzir o parto, termo que considera mais adequado do que “governo” ou “direção”:

Partejar é rotina, empirismo e ignorância [...]. Parteja-se principalmente para livrar a mulher do transe, para livrar-se prontamente do caso ou, ao

contrário, para não perder o caso. Conduz-se para um ideal e este ideal é o parto que eu denominei leve e que defino como ‘o processo cuja evolução tem lugar em condições ótimas de assepsia, de dinâmica e mecânica, com um rápido começo, sem gasto inútil de energia, do modo mais fácil, com o esforço apenas necessário, o mínimo trauma, a mínima fadiga, o mínimo sofrimento num lapso razoavelmente breve e com um resultado imediato e ulterior de perfeita saúde para a mãe e do filho. (Beruti, 1941, p. 143)

Beruti elenca diversas maneiras de conduzir e corrigir o parto. Observamos que todos os termos que indicam ações ou intervenções do médico - tais como reduzindo, suprimindo, ampliando, reforçando, regulando, retificando e acelerando - aparecem assinalados no corpo do texto do seu artigo. Na sequência, retomando a imagem do médico-capitão conduzindo o corpo-navio, passa a enumerar os “fatores capitais para a boa condução do parto”:

A - É necessário *prepara-lo* adequadamente para a travessia averiguando antes de tudo por que mares se navegará e praticando a limpeza a bordo com ajustamento dos aparelhos, maquinaria e distribuição do pessoal tripulante. B - Devemos *inspeciona-lo* examinando suas dependências. Segundo o funcionamento de todas estas partes e de acordo com as circunstâncias exteriores, poder-se-ia até certo limite *vaticinar* - afastados os fenômenos imprevistos com que a natureza pode surpreender-nos -, como será a viagem do navio. C - Devemos *vigiar* observando constantemente essa marcha no que concerne ao estado dos seus motores, aparelhos e instrumentos como a resistência do seu casco e da sua aparelhagem contra os embates das ondas e do vento. D - É preciso *orientar* estabelecendo segundo as particularidades próprias da embarcação e das circunstâncias externas que o rodeiam a rota a seguir para chegar ao parto, o mais cedo e melhor possível. (Beruti, 1941, p. 146-147, grifos do autor)

A metáfora náutica utilizada por Beruti em muito se assemelha àquelas analisadas por Emily Martin (2006). Em *A mulher no corpo*, a autora observa como a metáfora do corpo feminino como máquina dominou

a prática médica ao longo do século XX, servindo de fundamentação para o emprego de tecnologias (como o fórceps, por exemplo) e intervenções no parto. Se o corpo da mulher é uma máquina, por muitas vezes falha, o útero seria uma bomba mecânica mais ou menos adequada para a expulsão do feto, o pré-natal seria um trabalho de manutenção e de detecção de falhas no funcionamento e o médico, o mecânico que irá consertar qualquer falha nesta máquina. Além disso, e na linguagem de Beruti, ele seria também o responsável pela “condução” do parto, devendo estar sempre vigilante, avaliando se o ritmo do trabalho de parto está adequado ou não, para intervir sempre que julgar necessário.

É importante ressaltar que, na proposta de Beruti, diferentemente das apresentadas anteriormente, o médico deve instaurar o processo de condução antes mesmo de o trabalho de parto estar iniciado. A preparação, segundo Beruti (1941, p. 147), consistia em “precauções pré-gravídicas, gravídicas, antes e durante o parto” e incluía, além das providências consideradas comuns, como higiene, profilaxia, ambiente e pessoal técnico habilitado, a educação sexual e o preparo físico - dietética, cuidados com a pele e atividades físicas adequadas - e psíquico da mulher, para que ela pudesse cumprir suas “funções maternas”. Tanto a preparação quanto o controle, e a direção do processo de parturição, tinham como objetivo afastar, dentro do possível, os perigos do parto.

No mesmo ano em que Beruti apresentou o conceito de parto conduzido (ou parto corrigido), Iwan Figueiredo e Léo Gouvêa também propuseram uma nova classificação de partos. Para estes médicos, a partir dos progressos alcançados pela obstetrícia, não era possível limitar as modalidades de parto apenas como naturais e artificiais. Assim, eles defendiam uma divisão dos partos em três grupos: os “partos espontâneos”, que, embora estejam sujeitos a pequenas ou grandes complicações, têm início, evolução e termo espontâneos; os “partos operatórios extrativos”, considerados como atos complexos, no qual “há necessidade de extração do feto ou de seus anexos, para salvaguarda de ambas as vidas, ou da vida restante”; e os “partos auxiliados”, nos quais há auxílio e orientação por parte do obstetra e cooperação entre ele e a parturiente (Figueiredo; Gouvêa, 1941).

Figueiredo e Gouvêa apontavam para um entendimento distinto daquele de Beruti, uma vez que compreendiam a atuação do obstetra como auxílio ao processo natural de parturição e não como corretores do processo. No entanto, esse auxílio deveria ocorrer com a presença de profissional específico e em local adequado, o que mantém coerência com a ideia de Beruti de afastar-se ou rejeitar o partear, aproximando-se do assistir ao parto. Eles consideravam que um serviço perfeito deveria apresentar um índice de partos espontâneos e auxiliados bem maior que a dos operatórios extrativos; e que a maior incidência de partos espontâneos e auxiliados seria resultante de cuidados durante a gravidez - como exames e conselhos rotineiros, e tratamento das alterações da saúde “resultantes ou coincidentes com o estado de prenhez” - e da boa condução do parto, por profissionais habilitados e em ambientes adequados. Nesse sentido, preconizavam que um parto poderia ser “auxiliado” de várias maneiras:

Desde seu deflagrar pode ser ajudado. (A provocação do parto é um auxílio ao seu deflagrar; sem a cumplicidade do organismo não ha meios que provoquem o parto). Ajudamos a dilatação do collo por diferentes maneiras. Auxiliamos a permeabilidade do trajecto vaginal, do anel perineo-vulvar. A episiotomia é um auxílio á passagem do móvel pelo trajecto vulvo-perineal exiguo e insufficiente. Moderando o excesso contractural do utero, com sedativos e anti-espasmodicos, ou abrandando a excitação psychica de uma parturiente, tanto como anesthesiando o perineo para obter sua distensão indolor, estamos auxiliando o parto. Assim procedemos quando utilizamos faixas correctoras dos desvios da força, ou quando tomamos mais energicas as contracções uterinas, ou quando colocamos a parturiente em posições que ampliem transitoriamente o canal osteo-pelvico.

A correcção da attitude, da inclinação exagerada, da rotação defficiente do móvel, as manobras singelas para facilitar o desprendimento do feto ou da placenta, são outras modalidades de parto auxiliado. Tambem consideramos auxilio ao parto

a ruptura artificial das membranas, e, emfim, uma serie enorme de pequenos artificios que concorrem para a maior facilidade do parto, sem que haja, a rigor, um acto extractivo. (Figueiredo; Gouvêa, 1941, p. 177)

A disputa de conceitos acerca das novas classificações de parto fica evidente a partir da leitura do artigo “Parto auxiliado ou parto corrigido?”, de autoria de Iwan Figueiredo e Léo Gouvêa, publicado em 1943. Neste artigo, os médicos brasileiros redigem uma resposta à crítica de Beruti (1943) sobre a denominação “parto auxiliado” apresentada por eles. Beruti considerava que Iwan Figueiredo e Léo Gouvêa estariam “deformando conceitos”, tirando “a originalidade de sua classificação dos partos” e “levando à confusão e atentando contra a claridade” (Figueiredo; Gouvêa, 1943, p. 3). No entanto, de acordo com Figueiredo e Gouvêa (1943), os partos denominados auxiliados configuravam um grupo mais amplo do que o “parto corrigido de Beruti”; isto porque esses autores consideravam como auxílio todas as intervenções que levassem à “terminação espontânea do caso”. Figueiredo e Gouvêa, consideravam que “a tendência da Obstetricia moderna é para a prevenção das dystocias, para a diminuição dos partos operatorios ou, melhor dito, para a mais opportuna e exacta indicação operatoria” (Figueiredo; Gouvêa, 1941, p. 177). Uma prática distinta, segundo os autores, e que pode nos instigar a pensar em um estilo próprio da obstetrícia brasileira em entender a atuação do obstetra no parto.

## Considerações finais

“A marcha do progresso da Medicina lembra muito a de caranguejo: sinuosa, inconstante, irregular” (Adeotado Filho et al., 1963, p. 1). Essa frase inicia o artigo do professor da Cátedra de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia e de sua equipe, intitulado “Condução do parto”. Nesse artigo, os autores, além de reverem algumas definições e conceitos obstétricos, também apresentavam elementos para a condução do parto, tais como a “preparação psico-profilática” da mulher para o parto, o diagnóstico minucioso e completo do

“organismo parturiente”, a utilização de analgésicos, antiespasmódicos e ocitócicos, e a “rotura das membranas”. Para eles, a sinuosidade, inconstância e irregularidade do progresso da medicina - e da obstetrícia, em particular - se devia ao fato de que os médicos buscaram aperfeiçoar primeiro o parto operatório - se “aventurando em uma cirurgia arrojada, intempestiva e perigosa” - antes mesmo de ter um conhecimento “satisfatório” sobre fisiologia e de “saber bem” como conduzir um “parto natural”. Essa crítica, evidencia o grande investimento de médicos brasileiros em aperfeiçoar a técnica da cesárea, em especial aqueles da Maternidade Escola do Rio de Janeiro, cujos principais protagonistas são Fernando Magalhães e Jorge de Rezende (Martins, 2004; Nakano; Bonan; Teixeira, 2016). Para Adeodato e seus colaboradores, foi preciso percorrer um longo caminho desde a época em que os partos eram assistidos por “práticos” e “curiosas” até se chegar aos meios de “auxílio” que seguiam os “princípios da boa fisiologia”.

Como vimos, as discussões sobre a natureza do parto e suas classificações eram também um debate sobre a própria atuação obstétrica. Se, para os obstetras da época, o parto se constituía como um evento *sui generis* e um “risco por si só”, caberia ao médico o dever de “auxiliar”, “conduzir” ou “corrigir” este processo. Tais concepções acerca do parto também revelam noções a respeito do corpo feminino e da “mulher moderna” que, ao se civilizar, teria perdido sua capacidade primordial de parir, necessitando, portanto, de assistência especializada. Cabe destacar ainda que neste processo de medicalização e hospitalização do parto ocorreu um “apagamento da experiência” do parir (Diniz, 2005, p. 628). Sem voz neste processo, as mulheres eram vistas tão somente como objetos de escrutínio médico.

Neste debate, a obstetrícia produziu um saber institucionalizado acerca do corpo da mulher, acessível apenas àqueles que dominavam os termos e as práticas profissionais. Além de influenciar na construção social da mulher como mãe e da gravidez e do parto como processos observáveis e passíveis de controle, a “obstetrícia moderna, cientificamente constituída”, aparece como um dos pilares de uma certa concepção de modernidade, que encontrou no desenvolvimento científico um caminho para a consolidação do saber médico e superação

do empirismo que caracterizava o partear. Os artigos analisados neste trabalho acompanharam a trajetória científica da medicina na busca por legitimação da comunidade médica e das diversas especialidades; e as revistas especializadas, neste contexto, configuraram espaços nos quais os médicos se apresentavam como “homens da ciência” e protagonistas na condução ou direção do parto.

A influência exercida por novos estudos e o surgimento de tecnologias de vigilância e monitoramento das gravidezes e dos partos colaboraram para as diversas revisões dos conceitos estabelecidos, inicialmente, pela Escola de Estrasburgo para a condução do parto. Os efeitos obtidos com o parto médico passaram a ser explicados de outra maneira. As intervenções foram apresentadas como fruto de um novo conhecimento médico-científico que constituiria a “obstetrícia moderna”: o obstetra que se dispusesse a assistir partos deveria conduzi-los ou dirigi-los no sentido obstétrico do termo, isto é, intervindo sempre que necessário, com o objetivo de corrigir pequenos desvios da normalidade, buscando ajudar a natureza e impedindo que chegassem a ser operatórios. Assim, instituíam-se uma série de “medidas normalizadoras”, como a “regularização e aproveitamento máximo” da contração uterina, o emprego da “necessária” analgesia, a “aluição de resistências perineais”, “reforço à prensa abdominal” e o “auxílio no desprendimento fetal e no delivramento” (Costa, 1967, p. 30).

Para Luiz Alfredo Corrêa da Costa (1967), a dificuldade inicial que o obstetra encontraria para intervir em um parto que estivesse se desenrolando fisiologicamente estaria justamente em reconhecer o que é “estritamente fisiológico”. Porém, para ele, tal dificuldade desapareceria quando a “correção do parto” passasse também a ser considerada uma medida profilática a ser empregada antes do surgimento de algum fenômeno patológico. Uma vez que se acreditava que “distocia atrai distocia”, a intervenção obstétrica no parto era considerada, então, mais do que apenas uma prevenção de riscos: era uma forma de auxílio à própria fisiologia e natureza do parto. Afinal, julgar a normalidade deveria ser competência dos especialistas (Eraso, 2013). Com a justificativa de um dever médico de

diminuir o tempo e as dores do parto e não deixar a natureza agir sozinha, essa conduta representava um poderoso recurso a serviço da naturalização ou normalização do parto, na qual se depositava grandes esperanças de poder anunciar que “a chegada do recém-nascido será a salvo de perigo, isenta de dor e livre de inconveniência: uma entrada triunfal neste Universo” (Costa, 1967, p. 32).

Com a consolidação da assistência ao parto como atividade médica, assim como a sua realização em ambiente hospitalar, abre-se uma nova etapa nos debates: a busca pela construção de uma roteirização da assistência ao parto, de um “parto ideal”. Parto médico, parto dirigido, parto conduzido e parto auxiliado se configuraram como processos de sistematização da parturição, e foi nesse percurso de disputa entre os conceitos que percebemos não só a busca por uma demarcação da atuação do obstetra brasileiro, mas também de um estilo próprio de pensar a assistência ao parto.

A discussão acerca do processo de parturição, incluindo a preconização de certas intervenções e práticas obstétricas que deveriam ser realizadas como rotina, lança luz sobre o processo de medicalização do parto no Brasil, nos ajudando a pensar sobre o cenário atual. Restrição da parturiente ao leito durante o trabalho de parto, ocitocina venosa, amniotomia, episiotomia e outros procedimentos rotineiramente utilizados na atualidade e que constituem uma “cascata de intervenções” (Diniz; Chacham, 2006; Leal, 2014) começavam a ser ordenados, naquele momento, em um roteiro ideal de condução do parto pelo obstetra. Assim, a partir da segunda metade do século XX a condução do parto hospitalar pelo obstetra já estava dada, não havia a necessidade de argumentar ou debater. A questão a ser discutida a partir daí seria a de afinar e definir o melhor roteiro para o “parto ideal”.

## Referências

- ADEODATO FILHO et al. Condução do parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 1-16, 1963.
- AGUINAGA, A. Valor da bolsa de águas na marcha do parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 10, p. 401-405, 1931.
- AMARAL, M. C. Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 927-944, 2008.
- BERUTI, J. A condução do parto: novos conceitos e nova nomenclatura. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 141-152, 1941.
- BERUTI, J. Clasificación de los partos y deformación de conceptos. *Archivos de la Clínica Obstetrica y Ginecologica Eliseo Canton*, [s.l.], p. 73, jan. 1943.
- BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A.; NAKANO, A. R. Absorção e metabolização dos hormônios sexuais e sua transformação em tecnologias contraceptivas: percursos do pensamento médico no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 107-116, 2017.
- COSTA, L. A. *Ciência & Saúde. Coletiva* Conceito do “Parto Dirigido”. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 29-34, 1967.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.
- DISTOCIAS. *Febrasgo*, São Paulo, 16 ago. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2XrRiAz>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- ERASO, Y. *Representing Argentinian mothers: medicine, ideas and culture in the Modern Era, 1900-1646*. New York: Rodopi, 2013.
- FERREIRA, L. O. Negócio, política, ciência e vice-versa: uma história institucional do jornalismo médico brasileiro entre 1827 e 1843. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 93-107, 2004.
- FIGUEIREDO, I.; GOUVÊA, L. Ensaio de uma nova classificação dos partos. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 169-182, 1941.

- FIGUEIREDO, I.; GOUVÊA, L. Parto auxiliado ou parto corrigido? *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 3-7, 1943.
- FREITAS, P. *Corpos de mulheres em (re) vista: a representação da menopausa na Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia 1907-1978*. 2005. Tese (Doutorado em História Cultural) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- LEAL, M. C. (Coord.). *Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa*. Rio de Janeiro: ENSP, 2014.
- MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Projeto História*, São Paulo, v. 25, p. 197-219, 2002.
- NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 155-172, 2016.
- PARTO médico. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 48-52, 1937.
- PASSOS, E.; MARTINS, F. Resultados obtidos com o parto dirigido. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 237-255, 1945.
- QUEIROZ DE BARROS, M. Alguns breves comentários sobre a assistência pré-natal ministrada no ambulatório da Maternidade Escola da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 7-22, 1943.
- ROSENBERG, C. E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, Malden, v. 8, n. 2, p. 237-260, 2002.
- SALEM, T. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- SANT'ANNA, P.; CRUZ E SOUZA, C. A duração do trabalho de parto natural e as condições do feto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 9, p. 323-336, 1930.
- SARMENTO, A. Considerações sobre os espasmos cervicais e o "parto médico". *Anais Brasileiros de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, p. 411-421, 1940.
- SOUZA, L. V. Fontes para a história da ginecologia e obstetrícia no Brasil. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1129-1146, 2018.
- TEIXEIRA, L. A.; LÖWY, I. Imperfect tools for a difficult job: colposcopy, 'colpocitology' and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science*, Beverly Hills, v. 41, n. 4, p. 585-608, 2011.
- VINHAI, D. Mecanismo e tempo de parto. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 114-124, 1942.

---

### Contribuição dos autores

Todos os autores trabalharam conjuntamente na construção deste manuscrito, participando da concepção, análise dos dados e redação final do artigo.

Recebido: 20/12/2018

Aprovado: 22/05/2019