



**Universidade do Estado da Bahia – UNEB**  
**Departamento de Tecnologia e Ciências Sociais – DTCS**  
**Programa de Pós-graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental –**  
**PPGEcoH**

RALLINY SOARES ROCHA DOS SANTOS BITENCOURT

**PERCEPÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS GERACIONAIS DIRECIONADOS À**  
**SAÚDE DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DE MULHERES RESIDENTES NO**  
**POVOADO DE SERRA DOS MORGADOS – BA**

Juazeiro  
2023

**RALLINY SOARES ROCHA DOS SANTOS BITENCOURT**

**PERCEPÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS GERACIONAIS DIRECIONADOS À  
SAÚDE DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DE MULHERES RESIDENTES NO  
POVOADO DE SERRA DOS MORGADOS – BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental da Universidade do Estado da Bahia – Campus III, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Wbaneide Martins de Andrade

**Co-orientador:** Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Carlos Alberto Batista dos Santos

Juazeiro  
2023

## FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

por Regivaldo José da Silva/CRB-5-1169

B624p

Bitencourt, Ralliny Soares Rocha dos Santos

Percepção da prática de cuidados geracionais direcionados à saúde do ciclo gravídico-puerperal de mulheres residentes no povoado de Serra dos Morgados

BA /

Ralliny Soares Rocha dos Santos Bitencourt. Juazeiro-BA, 2023.

37 fls.: il.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Wbaneide Martins de Andrade.

Coorientador(a): Prof. Dr. Carlos Alberto Batista dos Santos.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Tecnologia e Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental – PPG<sup>EcoH</sup>, Campus III. 2023.

1. Gestação – Parto. 2. Gestação – Puerpério. 3. Cuidado emocional. 4. Práticas de cuidado intergeracional. 5. Resguardo. I. Andrade, Wbaneide Martins de. II. Santos, Carlos Alberto Batista dos. III. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Tecnologia e Ciências Sociais. IV. Título.

CDD: 618.4

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

### **“PERCEPÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS GERACIONAIS DIRECIONADOS À SAÚDE DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DE MULHERES RESIDENTES NO POVOADO DE SERRA DOS MORGADOS – BA”**

**RALLINY SOARES ROCHA DOS SANTOS BITENCOURT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental – PPGEcoH, em 19 de dezembro de 2023, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:

**DRA. WBANEIDE MARTINS DE ANDRADE**

UNEB – Campus VIII

Doutorado em Etnobiologia e Conservação da Natureza

Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE

**DR. JURACY MARQUES DOS SANTOS**

UNEB – Campus III

Doutorado em Cultura e Sociedade

Universidade Federal da Bahia – UFBA

**DRA. SÂMELLA DOS SANTOS VIEIRA DE MENEZES**

UNIVASF – Campus Petrolina

Doutorado em Psicologia

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

## DEDICATÓRIA

Ao meu pai Aauto (in memoriam), que partiu cedo demais. Homem dedicado à família, labutou demasiado tempo com os bichos e com os desafios do campo. Um homem de poucas palavras e muita coragem, semianalfabeto, ofertou com o suor do seu trabalho um destino diferente a toda sua geração.

A meu esposo Ricardo, que me ensina todos os dias como a vida pode ser leve e feliz, que abriu inúmeros espaços de cuidado, acolhimento e apoio para que eu pudesse florir neste mestrado.

À minha filha Maitê, a qual veio revolucionar minha existência. Sua presença não me deixou desistir diante de todos os desafios enfrentados. Dá um engasgo na garganta só de tentar quantificar o tamanho do amor que sinto por ela. Desde a barriga, vem escutando as histórias de tantas mulheres incríveis.

À minha mãe Edna, que me ensina de tempos em tempos como é possível reinventar a vida e seguir. Tenho muito orgulho da história que ela construiu com passos firmes na dança que é viver driblando as adversidades impostas à vida e ao gênero.

À minha amada avó Ozelina, que em seus 94 anos é base de resistência e existência de toda nossa família.

A todas as mulheres que me confiaram suas experiências maternas e assim me permitiram também parir a minha própria história.

## AGRADECIMENTO

Sempre digo que este é um trabalho realizado a muitas mãos. Vivenciar gestação, parto e puerpério durante o curso do mestrado foi uma experiência tão forte quanto desalojante. Este “final feliz” não seria possível sem todas as mãos que me apoiaram, empurraram, corrigiram, acolheram e incentivaram.

Meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora, professora Wbaneide, que foi amparo, amor, base sólida e incentivo para que esse caminho fosse percorrido.

Ao meu coorientador, professor Carlos, por todo cuidado, atenção e parceria.

Às mãos maternas que cuidaram e ampararam minha pequena quando a escrita se tornava urgente: Amanda e Lua.

Um agradecimento especial ao professor Flávio que, em meio à escuridão que pairava na minha escrita, com amor, trouxe-me luz e coragem para acreditar em mim e, diante do avançado curso já percorrido, mudar e trilhar meu próprio caminho.

A todas as minhas amigas, parceiras de escrita e de vida, que sempre estavam presentes em amor e incentivo.

## EPÍGRAFE

“Não quero o que a cabeça pensa, eu quero o que a alma deseja (...)  
Sim, já é outra viagem e eu tenho pressa de viver  
Meu bem, talvez você possa compreender a minha solidão  
O meu som e a minha fúria e essa pressa de viver  
E esse jeito de deixar sempre de lado a certeza  
E arriscar tudo de novo com paixão  
Andar caminho errado pela simples alegria de ser”.

**Coração selvagem (Belchior)**

“Milho de pipoca que não passa pelo fogo continua a ser milho para sempre.  
Assim acontece com a gente.  
As grandes transformações acontecem quando passamos pelo fogo.  
Quem não passa pelo fogo, fica do mesmo jeito a vida inteira”.

**Milho de pipoca (Rubem Alves)**

**BITENCOURT, Ralliny Soares Rocha Dos Santos. PERCEPÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS GERACIONAIS DIRECIONADOS À SAÚDE DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DE MULHERES DO CAMPO.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação (PPGEcoH) – Doutorado em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental – da Universidade do Estado da Bahia UNEB, Campus III, com vistas à obtenção do título de Mestre.

## RESUMO

Ao longo dos séculos, houve diversas mudanças nas abordagens relacionadas ao cuidado durante a gravidez, parto e puerpério. Essas evoluções resultaram em diferentes perspectivas entre gerações acerca das experiências vivenciadas nesse ciclo, abrangendo aspectos físicos, mentais, emocionais e sociais. A limitada disponibilidade de políticas de saúde nesse período, sobretudo em áreas rurais, eleva a importância do conhecimento tradicional como a principal, se não única, estratégia de cuidado durante a gravidez e o pós-parto. Diante desse cenário, a compreensão e análise das práticas de cuidado transmitidas de geração em geração em relação à saúde das mulheres torna-se crucial para entender a experiência delas e seu impacto no dia a dia. A emergência de uma sociedade patriarcal fez com que o lugar que era exclusivo da mulher fosse ocupado pelo homem, especialmente representado pela figura do médico. Além disso, a realidade do acolhimento às mulheres revela desigualdades no acesso aos serviços de saúde, restando às pacientes desse contexto um acompanhamento de outras mulheres que mantêm ainda vivas certas tradições e cuidados relacionados à gestação, parto e puerpério construídos de forma empírica e transmitidos de forma geracional. Dessa forma, para além do acompanhamento médico através do pré-natal (onde se tem acesso), comunitariamente são repassadas informações que contemplam um cuidado integral, incluindo também a saúde mental, frequentemente negligenciada pelo atendimento público de saúde. Onde não há estrutura para isso, os cuidados nesse processo são realizados a partir de protocolos criados dentro da própria comunidade, que vão desde o uso de plantas, passando por orientações sobre a alimentação, comportamento e também acolhimento dessas mulheres por membros da família e comunidade. Nessa perspectiva, considerando esse contexto de garantia de cuidado, o presente trabalho teve como objetivo conhecer e analisar os discursos sobre as práticas de cuidados geracionais à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal de mulheres do campo que vivem no interior do Nordeste baiano. Para melhor compreender essa realidade, foram entrevistadas 11 mulheres que relataram seus processos gravídico-puerperais. O relato de cada participante foi analisado à luz da análise de conteúdo de Bardin e demonstrou que os cuidados com a mulher no processo gravídico-puerperal são amplos e se manifestaram através da criação de redes de apoio, transmissão oral de conhecimentos, práticas específicas de cuidado, assim como também transgressões a esses ensinamentos.

**Palavras-chave:** Gestação, parto e puerpério; cuidado emocional; práticas de cuidado intergeracional; resguardo.

BITENCOURT, Ralliny Soares Rocha Dos Santos. **PERCEPTION OF GENERATIONAL CARE PRACTICES AIMED AT THE HEALTH OF THE PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE OF RURAL WOMEN.** Dissertation presented to the Graduate Program (PPGEcoH) – Doctorate in Human Ecology and Socioenvironmental Management – at the State University of Bahia UNEB, Campus III, with a view to obtaining the Master's degree.

## ABSTRACT

Throughout the centuries, there have been various changes in approaches related to care during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. These developments have led to different perspectives among generations about the experiences in this cycle, encompassing physical, mental, emotional, and social aspects. The limited availability of healthcare policies during this period, especially in rural areas, emphasizes the significance of traditional knowledge as the primary, if not the only, care strategy during pregnancy and postpartum. In this scenario, understanding and analyzing the care practices passed down from generation to generation regarding women's health becomes crucial to comprehend their experiences and their impact on daily life. The emergence of a patriarchal society led to the displacement of the woman's once almost exclusive role by men, particularly represented by the figure of the doctor. Furthermore, the reality of women's healthcare reveals disparities in access to health services, leaving women in this context with support from other women who still uphold certain traditions and care related to pregnancy, childbirth, and the postpartum period, developed empirically and passed down through generations. Therefore, beyond medical prenatal care (where available), community-based information is shared, encompassing comprehensive care, including mental health, often overlooked by public healthcare. Where there is no structure for this, care in this process is carried out based on protocols developed within the community, ranging from the use of plants to guidance on nutrition, behavior, and community members' support for these women. In this perspective, considering this context of care provision, the present study aimed to understand and analyze the discourse on generational healthcare practices during the pregnancy-postpartum cycle of women from rural areas living in the interior of northeastern Bahia. To better understand this reality, 11 women who shared their pregnancy-postpartum experiences were interviewed. Each participant's account was analyzed using Bardin's content analysis method, revealing that care for women during the pregnancy-postpartum process is comprehensive and is expressed through the creation of support networks, oral transmission of knowledge, specific care practices, as well as deviations from these teachings.

**Keywords:** Gestation, childbirth, and postpartum; emotional care; intergenerational care practices; postnatal confinement.

**BITENCOURT, Ralliny Soares Rocha Dos Santos. PERCEPCIÓN DE LA PRÁCTICA DE CUIDADOS GENERACIONALES ORIENTADOS A LA SALUD DEL CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DE MUJERES DEL CAMPO. Tesis presentada al Programa de Posgrado (PPGEcoH) – Doctorado en Ecología Humana y Gestión Socioambiental – de la Universidad del Estado de Bahía UNEB, Campus III, con el objetivo de obtener el título de Maestra.**

## **RESUMEN**

A lo largo de los siglos, ha habido diversos cambios en los enfoques relacionados con el cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estas evoluciones han resultado en diferentes perspectivas entre generaciones sobre las experiencias vividas en este ciclo, abarcando aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales. La limitada disponibilidad de políticas de salud en este período, especialmente en áreas rurales, aumenta la importancia del conocimiento tradicional como la principal, si no única, estrategia de cuidado durante el embarazo y el posparto. Ante este escenario, la comprensión y análisis de las prácticas de cuidado transmitidas de generación en generación en relación con la salud de las mujeres se vuelve crucial para entender su experiencia y su impacto en la vida diaria. La emergencia de una sociedad patriarcal hizo que el lugar que era exclusivo de la mujer fuera ocupado por el hombre, especialmente representado por la figura del médico. Además, la realidad del cuidado a las mujeres revela desigualdades en el acceso a los servicios de salud, dejando a las pacientes de este contexto con un acompañamiento de otras mujeres que aún mantienen ciertas tradiciones y cuidados relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio construidos de manera empírica y transmitidos de manera generacional. Así, más allá del seguimiento médico a través del prenatal (cuando está disponible), se transmiten comunitariamente informaciones que abarcan un cuidado integral, incluyendo también la salud mental, a menudo descuidada por la atención pública de salud. Donde no hay estructura para esto, los cuidados en este proceso se llevan a cabo a partir de protocolos creados dentro de la propia comunidad, que van desde el uso de plantas, pasando por orientaciones sobre la alimentación, comportamiento y también el apoyo de estas mujeres por parte de miembros de la familia y la comunidad. Desde esta perspectiva, considerando este contexto de garantía de cuidado, el presente trabajo tuvo como objetivo conocer y analizar los discursos sobre las prácticas de cuidados generacionales de la salud durante el ciclo gravídico-puerperal de mujeres del campo que viven en el interior del noreste brasileño. Para comprender mejor esta realidad, se entrevistaron a 11 mujeres que relataron sus procesos gravídico-puerperales. El relato de cada participante fue analizado a la luz del análisis de contenido de Bardin y demostró que los cuidados con la mujer en el proceso gravídico-puerperal son amplios y se manifiestan a través de la creación de redes de apoyo, la transmisión oral de conocimientos, prácticas específicas de cuidado, así como transgresiones a estos enseñamientos.

**Palabras clave:** Gestación, parto y posparto; cuidado emocional; prácticas de cuidado intergeneracional; resguardo postnatal.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
PROPOSIÇÃO .....	2
INTRODUÇÃO GERAL .....	3
História do Parto no Brasil.....	6
Medicalização do Corpo Feminino .....	7
Políticas de Saúde: A Institucionalização da Atenção Materno-Infantil .....	8
Recortes da Saúde da Mulher no Brasil.....	9
METODOLOGIA.....	13
Análise dos Dados .....	14
Capítulo 1 – Parto e Poder: a Supressão do Empoderamento Feminino na História Obstétrica .....	16
Capítulo 2 – Cuidados na Gravidez e no Pós-Parto: Uma Perspectiva Geracional em Serra dos Morgados – BA .....	28
DISCUSSÃO GERAL.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	51
REFERÊNCIAS .....	52

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho, intitulado “Percepção da Prática de Cuidados Geracionais direcionais à Saúde do Ciclo Gravídico-Puerperal de Mulheres do Campo”, é de natureza qualitativa, sendo requisito avaliativo para obtenção do título de Mestre do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental (PPGEcoH) na Universidade do Estado da Bahia/UNEB, Campus III, Departamento de Tecnologia e Ciências Sociais – DTCS, Juazeiro-BA. Essa pesquisa passou pelo programa de submissão e aprovação junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia. Foi concedida a aprovação, identificada pelo parecer n.º 5.537.368

Esta pesquisa torna-se relevante no âmbito acadêmico por abordar estudos, reflexões e resultados que permitem, primeiro, uma releitura da história do parto e desenvolvimento obstétrico, trazendo uma problematização acerca do real local da figura feminina nesse contexto. Posteriormente, buscou-se compreender e analisar os discursos de mulheres do campo que vivem no interior do Nordeste baiano acerca de suas práticas de cuidados geracionais direcionadas à saúde, observando se a transmissão desses conhecimentos permanece ativa até os dias atuais.

A estrutura geral desta dissertação, por sua vez, está organizada em capítulos, de acordo com as diretrizes de escrita do PPGEcoH.

O primeiro artigo é uma revisão narrativa intitulada “Parto e Poder: A Supressão da Supremacia Feminina na História Obstétrica”. Ele discorre sobre a história do parto, trazendo a problematização acerca do protagonismo da figura feminina. Para isso, traça uma linha do tempo na história do parto, pontuando o papel da mulher nessa narrativa e examinando como o seu lugar foi suplantado pela presença masculina, representada principalmente pela entrada dos médicos na cena de nascimentos. Essa pesquisa aponta para a importância da preservação do saber tradicional feminino sobre o cuidado como forma de resistência a essa supressão social.

O segundo, intitulado “Conexões Geracionais: Cuidados no Ciclo Gravídico-Puerperal de Mulheres do campo”, busca compreender como as práticas de cuidado em saúde, oriundas das experiências geracionais, fizeram-se presentes durante a gestação, o parto ou puerpério dessas mulheres, dando visibilidade às tradições que sustentam suas jornadas maternas. Para isso, apresentam-se ações de cuidado realizadas por elas, oriundas do compartilhamento geracional, impulsionando o enfrentamento dos desafios inerentes a esse período da vida, e como os conhecimentos e as práticas transmitidos podem tornar a maternidade nessas regiões mais seguros, significativos e resilientes.

## **PROPOSIÇÃO**

Este estudo teve como objetivo principal conhecer e analisar os discursos relacionados às práticas de cuidados geracionais à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal de mulheres que residem no campo e vivem no interior do Nordeste baiano. A pesquisa buscou imergir no universo feminino, desvendando a riqueza e a diversidade da cultura local. Adicionalmente, procurou-se identificar e analisar os relatos de mulheres pertencentes às diferentes gerações sobre as estratégias de cuidado adotadas durante a gestação, o parto e puerpério, analisando quais dessas práticas transcenderam as gerações pesquisadas, permanecendo relevantes na atualidade. Nesse contexto, também buscou-se compreender se houve uma eventual perda de conhecimento tradicional popular da comunidade ao longo do tempo.

## INTRODUÇÃO GERAL

Estudar mulheres em contextos rurais requisita que se coloque em evidência os múltiplos marcadores sociais que atravessam seus modos de vida, como gênero, classe, idade, sexualidade, entre outros que se fundem em um campo de convergências, produzindo desigualdade, exclusão, opressão e, conseqüentemente, violência. Tais marcadores influenciam direta e indiretamente nas perspectivas de futuro, projetos de vida pessoais e profissionais dessas mulheres (Silva et al., 2019).

As mulheres rurais são as principais responsáveis pelo cuidado das suas famílias e da comunidade, muito antes de qualquer acesso aos profissionais formados ou dispositivos de saúde. Faz parte do cotidiano das mulheres mais velhas o uso de um conhecimento que foi passado de geração em geração para suprir as necessidades relacionadas às enfermidades, no tratamento de dores físicas, dores emocionais, prevenção e promoção de saúde para gestantes, bebês, crianças e idosos (Dos Santos, 2015).

A história dos nascimentos, por exemplo, tem base no saber ancestral. As mulheres mais experientes conduziam os partos e quaisquer outras necessidades de outras mulheres em todo o período gravídico-puerperal, usando para isso seus conhecimentos adquiridos de forma geracional. Nessas tradições, encontram-se o uso de plantas medicinais, ritos, crenças populares, aconselhamentos e costumes, dos quais as mulheres das comunidades se tornaram responsáveis pelo resgate e pela preservação, sendo que também compõem a identidade cultural dos grupos. Isso as torna importantes guardiãs de um conhecimento gerado nessa função de cuidadoras e parteiras (Da Rocha Schiffler; Abrahão, 2017; Severo et al., 2021; Gomes Feitosa et al., 2022).

A transmissão de conhecimentos entre as mulheres acontece desde o início dos séculos, mas essa prática se torna ainda mais notável diante dos cuidados que são realizados durante seus períodos gravídico-puerperais, quando são amparadas e ensinadas por suas mães, avós, tias ou vizinhas sobre as vivências da maternidade. A prática de compartilhar experiências promove qualidade de vida para as gerações seguintes, que serão ensinadas a partir de uma seleção das práticas de cuidado que foram empiricamente testadas (Del Priore, 2015; Da Rocha Schiffler; Abrahão, 2017; Azevedo, 2023; Coutinho, 2023).

Os contextos rurais, enquanto espaços de construção social, vêm gradualmente passando por inúmeras transformações econômicas, ambientais e socioculturais, conseqüências essas do avanço do capitalismo contemporâneo (Silva et al., 2019).

Entretanto, a questão que vem sendo observada nessas comunidades, com essas transformações, é o processo avançado da deterioração social e cultural do conhecimento tradicional local. Com a chegada das tecnologias em saúde, esse conhecimento de base tradicional sofreu modificações. Algumas vezes, fundiu-se com a “nova medicina ocidental”, impondo adaptações à forma de viver desses espaços. Em outras situações, esse saber tradicional foi gradualmente sendo substituído, apagado ou silenciado. Uma forma de dominação é o apagamento de sua história, como aconteceu na história do parto, espaço inicialmente dominado pela expertise feminina, que foi gradativamente perdendo seu espaço de atuação com a entrada da figura do médico na cena de cuidados à saúde da mulher (Beauvalet-Boutouyrie, 2002).

Durante séculos, esses conhecimentos geracionais serviram como a base fundamental para o cuidado dentro das comunidades, especialmente as mais carentes de recursos financeiros e infraestrutura, como dispositivos de saúde, que muitas vezes estavam distantes dos centros urbanos e sendo de difícil acesso. A compreensão e a elaboração desse fenômeno peculiar são de extrema importância, pois a transmissão de conhecimentos geracionais pode ser o ponto de encontro entre antigas tradições e novas tecnologias.

Assim, com o objetivo geral de conhecer e analisar os discursos sobre as práticas de cuidados geracionais à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal de mulheres do campo que vivem no interior do Nordeste baiano, buscou-se ainda os seguintes objetivos específicos:

I) investigar se as práticas de cuidado geracional à saúde no ciclo gravídico-puerperal das mulheres do campo no interior do Nordeste baiano perduram na contemporaneidade;

II) comparar entre as gerações de mulheres para analisar se houve uma diminuição do conhecimento tradicional relacionado ao uso de plantas, crenças locais e outras práticas de cuidado cultural durante os períodos de gestação e parto.

Os questionamentos que nortearam a dissertação e fizeram parte da entrevista realizada com as mulheres foram as seguintes: Com quem você contou durante sua gestação? De que maneiras essas pessoas te ajudaram? Recebeu algum aconselhamento ou orientação que tenha considerado benéfico durante a gestação, o parto ou o pós-parto, o qual compartilhou com outras pessoas?

Como resposta a essas perguntas, temos os seguintes pressupostos:

As mulheres da geração atual adotaram em menor escala as estratégias de cuidado utilizadas no processo de gestar e parir, em comparação com suas avós.

As mulheres da geração atual da comunidade ainda recorrem à medicina tradicional para fornecer cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal.

Cada um dos objetivos, das perguntas norteadoras e hipóteses está relacionado a um resultado específico da dissertação, que será apresentado na forma de artigo científico. Sendo assim, esta pesquisa configura-se como uma iniciativa de valorização, espacialização, registro e resgate da cultura nas comunidades rurais no Semiárido baiano.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Ao longo dos séculos, as práticas relacionadas ao cuidado durante a gravidez, o parto e puerpério passaram por diversas transformações, incluindo mudanças no cenário, nos atores envolvidos e nos instrumentos utilizados. Antigamente, a mulher desempenhava o papel central no processo de dar à luz, sendo orientada pela sabedoria transmitida de geração em geração, um conhecimento frequentemente considerado educativo e formativo, repassado das mais velhas para as mais jovens. Por meio dessas trocas, as mulheres adquiriam sabedoria e encorajamento, preparando-se para oferecer apoio aos novos bebês que estavam para nascer (Salim et al., 2012; Teixeira; Oliveira, 2014).

A entrada do homem no contexto do parto marcou o início da produção de conhecimento anatômico e fisiológico da mulher sob uma perspectiva masculina (Brenes, 1991; Salim et al., 2012). Com isso, gradualmente ocorreu a diminuição da autonomia da mulher em relação ao seu próprio corpo e uma reconfiguração de seu papel social (Vendruscolo; Kruehl, 2015; Zanello, 2018).

### **História do Parto no Brasil**

Tradicionalmente, no Brasil colonial, os partos eram realizados por mulheres chamadas de “aparaideiras”, que acompanhavam as gestantes durante os períodos de gravidez, parto e puerpério, oferecendo acolhimento, orientação e cuidados. Inicialmente, a obstetrícia não fazia parte do currículo das escolas de Medicina, sendo incorporada a partir de 1808. A partir desse momento, surgiram os primeiros profissionais, conhecidos como parteiros ou médico-parteiros.

Posteriormente, o título de “parteira” passou a ser concedido apenas por instituições acadêmicas, o que tornou obrigatória a certificação oficial para a prática obstétrica (Brenes, 1991, 2002; Salim et al., 2012). A assistência aos partos passou a ser uma função predominantemente masculina, marcando o início de um movimento que, no futuro, extinguiria a atuação das mulheres parteiras (Brenes, 1991; 2002).

Nos anos que se seguiram, a comunidade médica fez esforços significativos para incorporar o “corpo feminino” ao estudo da Obstetrícia, tanto nos hospitais e nas clínicas quanto nos consultórios. Para isso, essa classe socialmente construiu uma imagem profissional que inspirasse confiança, especialmente entre a população feminina do Brasil Império (Brenes, 1991).

A partir dessa contínua problemática, a classe médica, juntamente com o Estado e a Igreja criam uma estratégia, que aparenta ter mudado o rumo da história, em consonância com

outros fortes discursos sociais da época, arquiteta para as mulheres uma nova subjetividade, garantindo-lhes um novo papel na sociedade, de forma mais intensa e mais exposta. Começa a partir desse marco a valorização social de uma mulher bondosa, do lar, e da família (Brenes, 1991, 2002).

O que se percebe aqui é a criação da imagem social da mulher como essencialmente materna, disponível a cuidar, modesta e ponderada. A igreja então se incumbiu de desassociar a mulher da imagem de Eva, antes perigosa e pecadora, tornando-a somente mãe e associando-a agora a imagem de Virgem Maria, assexuada e submissa. A autoridade das comadres, mães, tias, avós e demais mulheres da família, foi gradativamente sendo substituído, primeiro pela palavra do médico, depois a dos especialistas em cuidados infantis (Freire, 2008 Apud Zanello, 2018)

As mulheres, como objeto de estudo, ganharam socialmente a partir da interpretação de sua sexualidade a configuração que foi descrita como frágil e inconsistente, a quem somente os médicos poderiam orientar por serem eles os únicos profissionais que as “conheciam”, buscavam desvendar o mistério de sua fisiologia. Inicia-se aqui a disseminação do pensamento social de que as mulheres são necessitadas de cuidados para conseguir parir (Brenes, 1991, 2002).

De um lado, solicitava-se cada vez mais às mulheres um trabalho de quase total auto abnegação. Em troca disso, construía-lhes um “lugar social” de alguma maneira “empoderado”, fazia-se brilhar o exercício da maternidade, nunca as deixando esquecer que esse suposto “poder” estava dentro de um comportamento colonizado. A autora ainda ressalta que foi um longo processo esse de tornar a mulher responsável pela família, pelo casamento e pela procriação (Zanello, 2018).

### **Medicalização do Corpo Feminino**

Ao longo da história da humanidade, o corpo feminino tem sido visto como ameaçador à estabilidade moral e social. Nas diferentes sociedades, esse corpo vem sendo controlado através de normas, sejam elas baseadas em crenças religiosas, sociais, mágicas ou médicas (Vieira, 2002).

Sobre isso, Foucault (Vieira, 2002), ao analisar a natureza política da medicina em sua obra *O Nascimento da Clínica (1980)*, retrata a transição da medicina clássica para a medicina científica, através do discurso médico, e a apresenta como estratégia de um controle social que começa no corpo, com o corpo. Ferla (et al., 2011) acrescenta ainda que o marco dessa transição foi uma ruptura e o estabelecimento de uma nova aliança entre o corpo vivo e o discurso médico.

Ao longo do tempo, a medicina sofreu modificações, assumindo, a partir do século XVIII, uma configuração cientificamente fundamentada, trazendo consigo uma nova forma de olhar e falar sobre os corpos e seus funcionamentos. No século seguinte, concomitante à emergência do capitalismo, a medicina se consolidava como saber científico, momento em que surge a obstetrícia, a ginecologia e o projeto da medicalização, processo que transformou o corpo feminino em objeto de saber e de prática médica. Nesse contexto, o controle social se estende principalmente à sexualidade e reprodução. Aqui, “medicalizar” significa transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais (Vieira, 2002; Ferla et al., 2011).

Para Novaes (1989 apud Vieira, 2002), o nascimento da clínica significa a descontinuidade do modo de apreender o objeto da medicina e a construção, então, de um fazer a partir da objetivação. A medicina a partir desse momento irá penetrar cada vez mais na sociedade, assumindo o papel de objeto de reflexão e de prática, além de ofertar apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. O médico começa aqui a ser visto também como educador e guardião da moral e dos bons costumes (Foucault, 2017).

O controle sobre o corpo feminino relaciona-se ao aprimoramento de uma tecnologia que permitiu a resolução de problemas cruciais para a sobrevivência das mulheres e crianças, no que se refere a riscos relativos ao parto e, conseqüentemente, redução da mortalidade. Nesse momento, havia ali também uma valorização do ser humano, transformando-o em provisão preciosa para o Estado (Vieira, 2002).

### **Políticas de Saúde: A Institucionalização da Atenção Materno-Infantil**

Na década de 1920, com a reforma sanitária, o cuidado em saúde materno-infantil tornou-se alvo das políticas governamentais. O primeiro órgão responsável exclusivamente pelo cuidado com a saúde materno-infantil foi o DNCR – Departamento Nacional da Criança (1940-1965), que, além de cuidar das crianças, também oferecia cuidados às mães em relação à gravidez e amamentação. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que coordenou nacionalmente a assistência materno-infantil. A proteção à maternidade e à infância, como assunto de saúde pública, esteve concentrada nas ações de puericultura, seguindo as tendências gerais das políticas do Estado Novo (Nagahama; Santiago, 2005).

Posteriormente, em 1973, instituiu-se um modelo diferente de atenção à saúde, agora de forma assistencial e privatista, fundamentada no cuidado médico individualizado, de base hospitalar e ambulatorial. Em 1974, no contexto de criação do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), o Programa de Assistência Materno-Infantil teve como foco

programas de prevenção à gravidez de alto risco e a suplementação alimentar para as gestantes e puérperas de baixa renda (Nagahama; Santiago, 2005).

Como tentativa de prevenir as gestações de risco, em 1978, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR). Em 1980, surge o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsauúde), pretendendo estender a cobertura de cuidados primários, o qual não foi efetivado devido à pressão política e burocrática enfrentada na época.

### **Recortes da Saúde da Mulher no Brasil**

No momento em que os partos passam a ser de “responsabilidade institucional hospitalar”, esse corpo feminino é submetido a uma série de intervenções, como: a episiotomia, a lavagem gástrica, litotomia (posição ginecológica, deitada com as pernas elevadas por apoios), ocitocina, restrição ao leito, condicionamento à posição supina, depilação formada, entre outras. Intervenções vistas mais como estratégias para facilitar o trabalho da equipe do que o trabalho de parto em si, sendo atualmente consideradas violência obstétrica (Souza, 2019).

Em 1980, enquanto a sociedade médica discutia qual seria a melhor atenção em saúde para as mulheres, os movimentos feministas colocavam em destaque as discussões acerca da sexualidade, da autonomia na reprodução, do cuidado integral na anticoncepção e de demais direitos das mulheres como cidadãs. Não obstante, na mesma década, o Ministério da Saúde estabeleceu um cronograma de cuidado integral à saúde da mulher, em idade reprodutiva ou não. Iniciava-se aqui a ampliação dessa assistência à saúde para além da reprodução, com um cuidado que abrangia adolescentes, mulheres idosas e mulheres que decidiram não exercer a maternidade (Brasil, 2004, 2001).

Caracterizaram esse momento, também, as discussões e reflexões acerca da assistência ao parto com o mínimo de intervenções sobre a fisiologia, uma pequena semente para as mudanças que foram alcançadas na história. Nasce o novo paradigma do parto humanista: a partir de 1988, foi implantado o PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, garantindo integralidade na assistência da gestação ao puerpério, ampliação do acesso à saúde e garantia de qualidade na assistência (Brasil, 2013).

A maior parte da década de 1990 é marcada pelo crescimento exponencial de partos cesáreos no Brasil, que é considerado um dos países com maior número de partos cesáreos do mundo (Costa, 2018). Já no final da década de 1990, começando a tomar mais força, surgem os movimentos radicais contra esse modelo intervencionista. Seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde e apoiadas pelo Ministério da Saúde, são lançadas diversas

ações para estimular o parto normal, retomar a autonomia da mulher e reduzir a violência obstétrica (Costa, 2018).

Dos anos 2000 em diante, acontece mais mudanças significativas: o corpo feminino, anteriormente taxado como carente de resgate, agora é novamente considerado apto a dar à luz, na maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções. O parto se torna agora uma experiência altamente pessoal, sexual e familiar, deve ser tratado com o devido respeito, e os familiares agora são convidados novamente à cena do parto, principalmente os genitores. Já o nascimento, antes anunciado como um perigo para a integridade do bebê, agora é visto como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extrauterina (Diniz, 2005; Costa, 2018).

Observa-se que ao longo dos séculos houve uma mudança gradativa no ensino e na vivência das maternidades, de um ambiente doméstico, familiar, tradicional e feminino para um ambiente público, midiático, científico e masculino (Thomaz, 2015 apud Zanello, 2018).

### **A Mulher do Campo e seus Desafios**

O cuidado à saúde da mulher deve ser permeado por acolhimento, escuta sensível de suas demandas, sempre considerando seu contexto sócio-histórico, as relações de gênero, cor e classe no processo de geração de saúde e adoecimento (Coelho et al., 2009).

Toda mulher tem direito à gravidez, ao parto e puerpério de qualidade que promova seu cuidado e bem-estar, contudo, infelizmente, como pôde ser visto na história, alcançar esse direito demorou e debilitou muitas mulheres e famílias. Altas taxas de intervenções ou negligências empregadas na atenção à saúde da mulher denunciam a constante violação de direitos vivenciados.

Dentro do cenário de cuidado com a saúde da mulher do campo, esses desafios são ainda maiores. A luta pelo direito é cenário constante em suas vidas, existe um processo de resistência silencioso, sem reconhecimento social e sem políticas eficientes de apoio. Suas práticas tradicionais de saúde, oriundas da aprendizagem nas relações, são legítimas formas de sobrevivência e correspondem às estruturas materiais e simbólicas, legado de cultura e história, que promovem uma visão integral para saúde e doença. As mulheres são as principais agentes dessas ações, responsáveis pela guarda e passagem de conhecimento, desde o início dos tempos as mulheres desempenham o papel de provedoras do saber (Teixeira; Oliveira, 2014).

Considerando que a família é uma instituição histórico-social, que pode ser compreendida como um grupo de pessoas unidas por vínculos de filiação, os quais possuem características específicas, mas seguem compartilhando valores e crenças também de outros

grupos em um determinado tempo histórico. É nessa convivência intrafamiliar que são constituídos e compartilhados repertórios e práticas que moldam as configurações identitárias dos membros do grupo, sendo um contexto privilegiado e singular para o desenvolvimento da aprendizagem. O cuidado se aprende também na relação com o outro e nessa mesma relação ele é repassado, eternizando-se entre as gerações de cuidadoras (Salim et al., 2012).

As diferentes vivências de parturição de mulheres de uma mesma família apresentam o compartilhar de repertórios e os variados tipos de assistência ofertada entre as gerações. Conhecer as histórias do ciclo gravídico-puerperal dessas mulheres e suas singularidades permite entender os valores que estão sendo repassados a essas vivências, as estratégias elaboradas pela própria população dentro de suas tradições e culturas para lidar com as limitações sociais e do ambiente, na oferta de cuidado para suas mulheres (Salim et al., 2012).

Teixeira e Oliveira (2014) apontam que se aproximar do cotidiano dessas mulheres do campo, seus saberes de experiência única, suas compreensões de saúde, suas práticas populares de cuidado à saúde e seus processos educativos abre possibilidades de ampliação das compreensões sobre as necessidades de saúde da mulher. Para que o cuidado seja de fato integral, a mulher precisa ser vista em todas as suas representações. Historicamente, as políticas públicas foram planejadas e executadas com base em uma visão homogênea da população e a nossa realidade nacional não foi diferente. Essa conduta produzia políticas públicas inadequadas para atender às demandas da população brasileira, como é o caso das populações que vivem no campo.

Então, o Estado começa a perceber que não há progresso se as políticas públicas não dialogarem com os saberes ancestrais e tradicionais dessas comunidades. Sendo assim, com o intuito de ampliar a inclusão e o diálogo com as comunidades, desenvolver a compreensão das necessidades, dos modos populares de cuidar da saúde em suas singularidades, para responder, ofertar e garantir acesso à saúde e desenvolvimento, duas políticas são importantes de serem citadas: a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, de 2007, e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, de 2008. Essas políticas partem do reconhecimento da necessidade de novos rumos para o desenvolvimento econômico e social brasileiro (Brasil, 2008; CNPCT, 2023).

A Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais defende os direitos dessas populações, promovendo desenvolvimento sustentável, buscando reconhecer, fortalecer e garantir os direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais. Essa é uma forma de melhoria da qualidade de vida a partir da garantia

de territórios para viver e produzir, de melhores infraestruturas como escolas e postos de saúde, da garantia de direitos sociais e investimentos para produção (CNPCT, 2023).

São vários os objetivos a serem alcançados, entre eles, pode-se citar os que mais destacam aproximação com a problemática desta pesquisa, como: atender às demandas de infraestrutura dos povos e comunidades tradicionais, considerando suas realidades socioculturais; garantir direitos aos afetados por projetos, obras e empreendimentos; garantir e valorizar as formas tradicionais de educação e, principalmente, implementar e fortalecer programas e ações voltados às relações de gênero nos povos e comunidades tradicionais, assegurando a visão e a participação femininas (CNPCT, 2023)

Já a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta visa garantir o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contribuir para a concretização dos seus princípios de equidade, universalidade e integralidade, de forma a incluir as peculiaridades e especificidades das demandas e necessidades em saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras rurais, dos povos da floresta e comunidades tradicionais. Essa política reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS na implementação de suas ações e na articulação com outros setores, ressaltando a necessidade de parcerias com a sociedade civil, em especial, as entidades representativas dessas populações (Brasil, 2008).

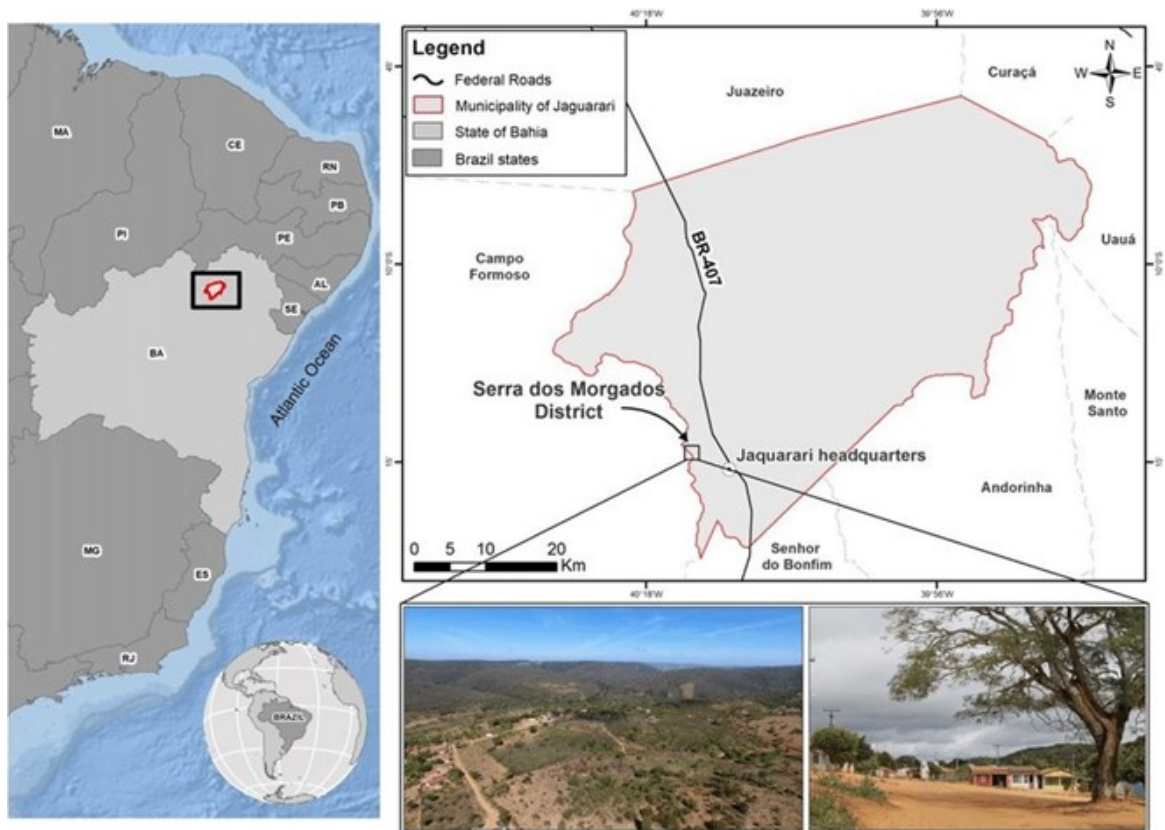
Os estudos retratam que a participação e o incentivo à formação social a partir também da criação dessas políticas específicas têm possibilitado rupturas quanto ao papel atribuído e imposto ao ser mulher rural. Além disso, promove reflexão e postura crítica frente aos papéis sociais atribuídos ao feminino e ao masculino, engrossando, assim, um discurso coletivo que busca mudanças e abrindo espaços para novas possibilidades subjetivas dentre mulheres de comunidades rurais (Silva et al., 2019).

## METODOLOGIA

Este estudo se concentra em entender como as mulheres percebem as práticas de cuidado relacionadas à saúde durante o período gravídico-puerperal. Possui abordagem qualitativa e um design de pesquisa transversal. O trabalho de campo foi realizado no povoado de Serra dos Morgados, comunidade rural localizada no município de Jaguarari/BA, onde vivem cerca de 97 famílias e 315 habitantes (Netto; Marques, 2017).

O povoado fica a aproximadamente 400 km da capital do estado Salvador e aproximadamente 900m de altitude distante da estrada que leva à zona urbana da cidade, onde se encontra o único hospital desse município. A escolha dessa área se deu devido à comunidade ser rural, de subsistência, preservando costumes e práticas culturais transmitidas oralmente de forma geracional, o que a caracteriza como uma comunidade tradicional que tem apontado saberes e práticas importantes para a melhor qualidade de vida de puérperas e gestantes que vivem em local de baixa infraestrutura de saúde e ainda não registradas em pesquisas.

**Figura 1 – Localização da área de estudo no município de Jaguarari/Bahia, do povoado de Serra dos Morgados**



Fonte: DA SILVA SOUZA, 2022.

Além disso, nesse local não se encontram atividades comerciais como farmácia, mercados ou demais lojas. Não há coleta regular de lixo nem tratamento de água e esgoto. O povoado possui uma praça principal, um posto de saúde, uma escola municipal de ensino fundamental 1, uma casa de farinha, uma igreja católica, duas igrejas evangélicas, um cemitério, quatro bares (um deles vende pães, sendo também chamado de padaria pelos moradores) e um campo de futebol (Netto; Marques, 2017).

A seleção das participantes foi realizada através da técnica de *snowball* (bola de neve), que é “uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência” (Vinuto, 2014, p. 203). Na técnica, os participantes selecionados inicialmente fornecem “informações acerca de outros membros da população de interesse para a pesquisa (e agora indicados por eles), para, só então, sair a campo para também recrutá-los” (Baldin; Munhoz, 2011, p.51).

Para fazer parte da pesquisa, as participantes deveriam ser maiores de 18 anos na data da entrevista, residentes na Serra dos Morgados e terem vivenciado, de forma integral, a gravidez, o parto ou o puerpério na Serra dos Morgados, ou, serem maiores de 18 anos na data da entrevista, residentes na Serra dos Morgados e serem parteira local, mesmo que não tenham vivenciado a maternidade.

Dessa forma, a entrevista semiestruturada foi realizada com 11 mulheres que, antes disso, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, como exige o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia.

As entrevistas semiestruturadas individuais aconteceram todas de forma presencial e possibilitaram registrar o perfil social das informantes, além de outras informações sobre as experiências vividas no que se refere à percepção sobre os cuidados de saúde da mulher, inclusive, no que diz respeito ao uso de plantas na realização de fitoterápicos ou em rituais, rezas etc. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para a realização da análise.

### **Análise dos Dados**

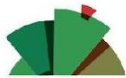
O material transcrito passou a ser analisado à luz da Análise de Conteúdo (AC) (Bardin, 2011), que se configura como um processo que permite ao pesquisador se debruçar sobre diversos tipos de comunicação e discurso de forma sistemática. Como estratégia primordial, a AC tem três etapas gerais a serem cumpridas: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados.

Na Pré-análise, é explorado o contato com os elementos coletados da pesquisa através de leituras flutuantes, construção de *corpus* de análise e formulação de hipóteses. Na etapa de exploração, as unidades de análise são construídas e definidos códigos e categorias de análise. Por fim, os dados são tratados e comparados com as informações trazidas pelos participantes e a literatura científica.

As categorias serão construídas de forma indutiva a partir das informações textuais geradas. Dessa forma, baseado em semelhanças empíricas das unidades de significados, serão estabelecidas categorias (Bardin, 2011; De Sousa; Do Carmo Galiazzi, 2017).

**Capítulo 1 – Parto e Poder: a Supressão do Empoderamento Feminino na História Obstétrica**

Artigo publicado na Revista Semiárido De Visu (Qualis A4).



Recebido: 02/06/2023 | Revisado: 05/11/2023 | Aceito: 18/12/2023 | Publicado: 29/12/2023

This work is licensed under a  
Creative Commons Attribution 4.0 Unported License.

DOI: 10.31416/rsdv.v11i3.549

## **Parto e poder: a supressão do empoderamento feminino na história obstétrica**

*Birth and power: The suppression of female supremacy in obstetric history*

BITENCOURT, Ralliny Soares Rocha dos Santos. Especialista em Psicologia Perinatal e Obstétrica (FacCidade) / Bacharel em Psicologia (Univasf)

Discente do Mestrado em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental (PPGECOH UNEB - Campus III Bahia - Brasil / E-mail: ralliny@outlook.com

SANTOS, Carlos Alberto Batista. Doutor em Etnobiologia e Conservação da Natureza (UFRPE) / Graduação em Ciências com Habilitação em Biologia (UPE).

Docente do Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental - PPGEcoH, UNEB, Campus III Juazeiro, BA / E-mail: absantos@uneb.br

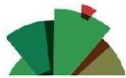
ANDRADE, Wbaneide Martins de. Doutora em Etnobiologia e Conservação da Natureza (UFRPE)/Graduação em Ciências Biológicas (UFRPE).

Docente do Curso de Graduação em Ciências Biologia e do Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental - PPGEcoH, Pesquisadora do Centro de Pesquisas OPARÁ na Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Campus VIII Paulo Afonso, BA / E-mail: wandrade@uneb.br

### **RESUMO**

O papel e a relevância da mulher na formação da sociedade são frequentemente ofuscados pela presença de uma narrativa patriarcal. Esse apagamento, que é evidente em várias áreas de atuação, como trabalho, educação e política, também se faz presente em histórias específicas das próprias mulheres, como o ciclo de gestação, parto e pós-parto. A partir desse cenário, este trabalho busca traçar uma linha do tempo na história do parto, pontuando o papel da mulher nessa narrativa, examinando como seu lugar foi suplantado pela presença masculina, representada principalmente pela entrada dos médicos na cena de nascimentos. Por meio de uma revisão narrativa, apresentam-se importantes marcos históricos do controle social sobre o corpo feminino, como a descrença por décadas na sua capacidade fisiológica de parir sem intervenções, a epidemia de cesáreas e a recente mudança de consciência em saúde, em que as mulheres estão novamente sendo incentivadas ao parto natural, como melhor escolha, mas não estão sendo preparadas para isso. Por fim, aponta para a importância da preservação do saber tradicional feminino sobre o cuidado como forma de resistência a essa supressão social, a necessidade urgente de uma educação para a saúde que prepare física e psicologicamente essas mulheres, assim como equipes capacitadas e humanizadas para a condução desses momentos.

**Palavras-chave:** História do parto, Medicalização do parto, Autonomia feminina, Parteiras, Intervenção médica



## ABSTRACT

The role and relevance of women in shaping society are often overshadowed by the presence of a patriarchal narrative. This erasure, which is evident in various areas such as work, education, and politics, is also present in women's specific stories, such as the cycle of conception, childbirth, and postpartum. Against this backdrop, this work aims to trace a timeline in the history of childbirth, highlighting the woman's role in this narrative and examining how her place was overshadowed by the presence of men, primarily represented by the entry of doctors into the birthing scene. Through a narrative review, significant historical milestones of social control over the female body are presented, including decades of disbelief in their physiological capacity to give birth without interventions, the epidemic of cesarean sections, and the recent shift in health consciousness where women are once again being encouraged towards natural childbirth as the better choice but are not adequately prepared for it. Finally, it points out the importance of preserving traditional female knowledge about care as a form of resistance to this social suppression, the urgent need for health education that physically and psychologically prepares these women, and the need for skilled and compassionate teams to support these moments.

keywords: History of childbirth, Medicalization of childbirth, Women's autonomy, Midwives, Medical intervention

## Introdução

Pensar na história, de maneira geral, remete-nos sempre à posição de quem a conta. Apesar de frequentemente ser encontrada “a versão oficial”, é sabido que o registo histórico é exercido por quem detém o poder. Na história da África ou do Brasil Colônia, por exemplo, a historiografia do colonizado foi negada, assumindo-se dessa forma o ponto de vista do colonizador, o que acabou refletindo em todo o conteúdo, na forma e na abordagem da propagação desse tema no ensino regular, invisibilizando várias facetas do processo histórico (MUNANGA, 2015; MOTT, 2002).

Outro exemplo que caminha nessa mesma trilha é a história do parto. Desde o início da humanidade, as mulheres têm dado à luz de forma natural, sem a intervenção de profissionais graduados. Mas, no decorrer dos séculos, as práticas e os costumes relacionados ao parto sofreram várias transformações que podem ser observadas em vários segmentos: cenário do parto, método de condução, instrumentos utilizados, formas de cuidados ofertados para a parturiente, quantidade de intervenções e o reconhecimento da sua autonomia diante dessa experiência (HOMEI, 2002).

Até o século XVII, o parto era considerado um assunto exclusivo das mulheres tendo como referência de cuidado as parteiras experientes, não sendo considerado um assunto médico (MAIA, 2012). A mulher, até então protagonista do nascimento de seu bebê, era conduzida pela expertise feminina: um saber geracional, na sua maioria, por mulheres da família, da vizinhança e, principalmente, pelas parteiras da época. Naquela ocasião, todos os nascimentos aconteciam em ambiente doméstico, não havia ali intervenções medicalizadas. O conhecimento das práticas do parto era dominado por esse grupo de mulheres. Com o avançar das tecnologias, estudos e intervenções junto ao corpo feminino, houve a entrada do homem na cena de cuidados à saúde da mulher e, conseqüentemente, do parto. Dessa forma, gradualmente, aconteceu a destituição da autonomia feminina acerca de seu próprio corpo e uma nova configuração do seu papel social (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).



Somente em meados do século XIX o parto passou então a ser realizado em instituições consideradas como hospitais, tornando o nascimento dos bebês um evento médico. As alterações nas práticas ofertadas trouxeram marcos significativos na história do parto, a exemplo do desenvolvimento de cirurgias como a cesárea e o acesso à anestesia segura. A cesárea revolucionou a forma de parir e incontáveis vidas foram salvas, mas, infelizmente, muitos foram os fatores que influenciaram em seu uso indiscriminado em alguns países, como, por exemplo, no Brasil. Do parto natural sem tempo determinado e no amadurecer da criança para o parto controlado, muitas vezes antecipado, com marcação de dia e hora, a depender da disponibilidade da agenda médica, situações como essa se tornaram cada vez mais frequentes, trazendo prejuízos à qualidade de vida dos bebês, com interrupções prematuras das gestações (SALIM et al., 2012; TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014).

Nos dias atuais, uma esmagadora percentagem dos partos ocorre em ambiente hospitalar, com a presença de médicos e outros profissionais de saúde, consolidando um processo tecnocrático e asséptico de assistência. Dessa forma, a construção historiográfica sobre o assunto, que envolve aspectos biológicos, sociais e culturais, passou a sofrer verdadeiros apagões no que tange à história das mulheres, sobretudo antes do processo de medicalização, como griottes e protagonistas desse processo. Na tradição africana, os “griots” (fala-se griôs) e “griottes” (mulheres) são contadores de histórias, muito sábios e respeitados nas comunidades onde vivem.

Assim, de evento fisiológico, familiar e social, o parto e o nascimento transformam-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se tornou regra, e não a exceção, transformando o parto em um evento separado da vida familiar e comunitária (MAIA, 2010).

Diante desse contexto, o presente artigo busca debater a história do parto, com ênfase no processo social da destituição da supremacia feminina, que o transformou em um evento medicalizado, e a influência dessas mudanças no espaço de cuidado da mulher, evidenciando o seu papel dentro desse processo, seja na condição de parturiente, seja na condição de parteira.

### **Material e métodos**

O presente artigo é uma revisão de narrativa que, segundo Torracco (2016), permite ao pesquisador compreender como um determinado assunto tem sido abordado ao longo do tempo e identificar lacunas do conhecimento na literatura existente. Tem como característica a sua amplitude de escrita e visa descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007).

### **Resultados e discussão**

O parto, no início de sua história, é visto como um espaço de domínio feminino, ocupando um lugar que envolvia família e sociedade em uma rede imprescindível de apoio à nova vida que estava nascendo. Havia ali uma união de conhecimentos e divisões de tarefas. Não existia dúvida de que o parto aconteceria em ambiente doméstico e que as parturientes seriam as protagonistas desse momento (MOTT, 2022; MAIA, 2010; PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

A profissão de parteira foi uma das primeiras profissões que as mulheres puderam atuar e serem reconhecidas e respeitadas, inclusive financeiramente. Mesmo em um sistema



altamente patriarcal, isso trouxe alguma ascendência às mulheres em relação aos homens, como na passagem retratada por Pinto (2002):

Mesmo havendo a presença masculina, frequentemente são as mulheres que chefiam a casa. Além de assumirem os próprios filhos, também assumem os netos legítimos e aqueles vindos dos que elas já ajudaram a nascer, que as chamam de mãe, madrinha ou tia. O marido ou companheiro da parteira, estando ausente, jamais é apontado pelo nome, mas sim como o marido da parteira, benzedeira ou curandeira, ao contrário das outras mulheres, que são indicadas como a mulher do João, do Antônio, do Zeca (p. 446).

Nesse recorte da história, havia para aquela população pouco ou nenhum acesso às tecnologias ligadas ao parto, o que resultava em um altíssimo índice de mortalidade de parturientes e bebês. Levando em consideração a região, a época, as crenças, as superstições e os mitos ligados à tentativa de um parto mais exitoso (o que, apesar de ser uma experiência natural e fisiológica, era bastante temida), o cuidado das experientes parteiras era a alternativa possível. Estas aprenderam com parteiras mais velhas, com as vivências da profissão e até mesmo de forma autônoma (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Com o avanço da ciência, foi gradualmente possível estabelecer padrões mínimos que poderiam reduzir as intercorrências ou mesmo evitar a morte precoce durante o parto. Uma dessas estratégias era transferir o parto para as casas de saúde. Os primeiros registros de nascimentos realizados em hospitais datam de 1348, na França. O hospital *Hôtel-Dieu* já tinha uma ala reservada especialmente para as mulheres darem à luz, sendo também um hospital-escola na formação (somente para mulheres) de novas parteiras (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Em 1795, o local dos partos foi transferido para os antigos prédios do Oratório e do Convento de *Port-Royal* (Cidade de Paris), onde foi instalado um “*Hospice de la Maternité*”, visando alcançar melhorias no atendimento a esse público específico. Nessa época, somente as emergencialidades levavam as francesas a parirem no hospital. Essas instituições eram comandadas por mulheres chamadas parteiras-chefes (parteiras formadas), que se responsabilizavam por praticamente tudo dentro das maternidades, do administrativo ao assistencial, desde o atendimento das parturientes, sua entrada até o pós-parto, incluindo também cuidados com os recém-nascidos.

Mesmo com o início da institucionalização do parto, as mulheres ainda dominavam o cenário de cuidados ao nascimento dentro e fora dos hospitais. O conhecimento seguia sendo transmitido de mulher para mulher, entretanto, além do saber geracional, soma-se aqui também o ensino mais técnico, “científico”, na formação das novas parteiras (TEIXEIRA, 2018). Em não raros momentos, a parteira-chefe assumia também o papel de cirurgião nos partos classificados como complicados, o que conseqüentemente aumentava o destaque sobre os feitos dessa profissão, trazendo para elas importante respeito na hierarquia social (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

A soberania feminina que acontecia dentro da instituição causou crescente descontentamento: não era admissível, na época, que a escola de formação com maior destaque na Europa estivesse confiada a mulheres, e assim começaram as intervenções para combater essa incômoda realidade, uma verdadeira “caça às parteiras”. Como exemplo, pode-se citar o que aconteceu na França e no Japão. Na França, em meados de 1803, a lei do *19 ventôse an XI* trazia novas configurações para o exercício da medicina, regulamentando as novas condições da formação e da admissão de parteiras, reduzindo seus poderes e suas



atribuições frente a alguns cuidados ofertados e rebaixando sua autonomia diante da figura médica masculina (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002; HOMEI, 2002).

Já no Japão, em meados de 1868, as autoridades lançaram várias medidas proibitivas: as parteiras só poderiam ser formadas em uma escola específica, ter idade mínima de 20 anos e comprovar experiência com modernos conhecimentos da obstetrícia. Em consequência, a entrada em cena dos médicos e seus instrumentos colocou as parteiras em segundo plano e marginalizou a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcaram o nascimento (OSAVA, 1997; HOMEI, 2002).

Com isso, houve o consecutivo rebaixamento da figura de parteira-chefe e o domínio do médico-parteiro. Não era mais tolerável que uma mulher desempenhasse o papel de um cirurgião, mesmo que ela apresentasse competência técnica mais elevada se comparada a ele (THÉBAUD, 2002).

No final do século XIX, as parteiras perderam a autonomia para conduzir os partos tidos como difíceis e a autorização para usar seus instrumentos; foram limitadas a ocuparem o espaço de “auxiliares dedicadas” dentro do hospital. Enquanto isso, do lado de fora, foram demonizadas socialmente, associadas aos escândalos morais, como a prática de abortos clandestinos e o parir fora do casamento, como estratégia para afastar o público feminino de buscar seus serviços. Como esperado, os médicos-parteiros ocuparam cada vez mais o lugar de profissional do parto e a consequência disso, que pode ser observada nitidamente na história, é a mudança na metodologia do cuidado ofertado e o impactante aumento dos partos realizados com o uso do instrumento cirúrgico chamado fórceps, que é utilizado para auxiliar o parto e facilitar a passagem da cabeça do bebê pelo canal.

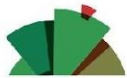
É possível que esse seja o começo da grande instrumentalização e medicalização dos partos que se sucedem no decorrer dos séculos. O parto domiciliar foi gradativamente sendo desencorajado e, conseqüentemente, desaparecendo até a metade do século XX, quando foi quase que inteiramente substituído pelo parto hospitalar (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002; THÉBAUD, 2002). Com o parto dentro do hospital e o desenvolvimento progressivo da ciência, os partos cesáreos exitosos se tornaram realidade frequente.

### A história da cesárea

A palavra no latim *Caedere*, que significa cortar, é apontada na literatura como uma das origens que denomina o nome cesárea. O parto cesáreo é uma intervenção cirúrgica que consiste em realizar uma incisão na parede abdominal e no útero da mulher, para retirada do feto. A origem exata da cesariana é controversa, sua história de surgimento encontra dois caminhos distintos, um mítico e outro científico (LUGONES BOTELL, 2001; MEDEIROS, 2010). O primeiro conta sobre o nascimento por cesárea visto como algo misterioso e sobrenatural, envolvendo o nascimento de deuses e semideuses gregos (LUGONES BOTELL, 2001). O outro caminho remonta à antiguidade, quando essa cirurgia era realizada somente em situações de óbito materno, em uma última tentativa para salvar o feto.

Em 1280, a Igreja Católica tornou a prática da cesariana obrigatória post-mortem, para efetivar o batismo da criança e com a finalidade de enterrar o feto separadamente de sua mãe. Em 1500, o Islamismo se pronunciou contrário a esse tipo de método, pois acreditava que qualquer criança nascida pela retirada abdominal era descendente do diabo e deveria ser sacrificada (MEDEIROS, 2010; LUGONES BOTELL, 2001).

Como dito, as primeiras cesarianas foram realizadas em mulheres mortas ou moribundas, desde o antigo Egito. Algumas fontes indicam que os judeus teriam sido os



primeiros a executar a cirurgia em uma mulher viva. O primeiro registro de mãe e filho que sobreviveram à cirurgia também é obscuro, havendo vários autores e versões que o rodeiam (MEDEIROS, 2010).

A mais conhecida é a do suíço Jacob Nufer, um castrador de porcas que realizou a cesárea em sua própria esposa, após 13 parteiras não conseguirem ajudá-la, salvando assim esposa e bebê. Essa mãe teve mais 5 filhos, o que pode ser descrito como um dos primeiros partos vaginais após uma cesariana. Outro relato, esse pouco conhecido, é do parto ocorrido em meados de 1337, na República Tcheca, quando a rainha Beatrix desmaiou e foi submetida à cirurgia, pois acreditaram que ela estava morta. Ela acordou durante o procedimento e os médicos a “fecharam”, tendo ela sobrevivido juntamente com a criança. Esse caso entraria para as “sobreviventes ocasionais”, em que não era a intenção salvar a mãe.

Em meados de 1500, a cesariana possuía defensores e opositores: uns trabalhavam divulgando seus feitos e casos de sucesso e outros os perigos que envolviam esse procedimento com a alta mortalidade materna, pois, nessa época, não havia ainda o conhecimento necessário sobre o fechamento da cirurgia (o útero permanecia aberto), medicamentos para tratar a infecção ou anestesia. Somente no final do século XVIII é possível observar registros de progresso na técnica operatória. Lembrando que aqui ainda não havia um método único, alguns médicos utilizaram o corte transversal, outros o longitudinal, às vezes com uso também do fórceps alto, onde, após a incisão cirúrgica no abdômen da mulher o fórceps era usado para segurar a cabeça do bebê e puxá-lo para fora (LUGONES BOTELL, 2001).

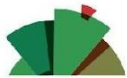
O que pode ser afirmado com linearidade e que determinou a história de sucesso da cesárea foi a consciencialização da infecção como primeira causa de morte, o aperfeiçoamento das técnicas com a sutura uterina realizada agora no segmento inferior (parte baixa), o cuidado pré-operatório e o desenvolvimento da anestesia (LUGONES BOTELL, 2001).

### **A história do parto no Brasil**

No Brasil, a sequência da história do parto não se difere muito dos outros países, já que ele sofreu influência direta e indireta de todas as mudanças que ocorriam no mundo. Aqui, porém, é possível se aproximar um pouco mais detalhadamente dessa narrativa.

Tradicionalmente, no Brasil colonial, os partos eram realizados por mulheres chamadas de “aparadeiras” ou “comadres”, as quais realizavam acompanhamento das mulheres durante os períodos de gestação, parto e puerpério. Elas acolhiam, orientavam e cuidavam, além dos nascimentos, também dos abortos e lutos. Sem casas de saúde, as “aparadeiras”, apesar de pertencerem à classe pobre da sociedade, ofertavam seu saber empírico para todas as classes e eram de inteira confiança da comunidade feminina da época (BRENES, 1991; SALIM et al., 2012).

Somente em meados de 1808 o médico pernambucano José Corrêa Picanço, após percorrer França e Portugal, retornou ao Brasil, fundando as duas primeiras escolas de Medicina (na Bahia e no Rio de Janeiro) do país, as quais são um marco importante na história do parto brasileiro. Na época da fundação da escola de medicina, a “Arte Obstétrica” não fazia parte da grade de ensino, sendo incorporada posteriormente, o que possibilitou a formação dos primeiros profissionais, chamados parteiros ou médico-parteiros no Brasil (BRENES, 1991, 2002).



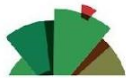
Com o auxílio aos partos tornando-se prática do masculino, deu-se início ao movimento de homens “especializados” em parto e que, futuramente, iria extinguir, também aqui no país, a atuação das mulheres parteiras. Nesse momento da história, todas as teses defendiam que a prioridade do binômio mãe-filho era a mulher. Sem tecnologias suficientes para tratar todas as adversidades que podem surgir de uma gestação e tendo a cirurgia cesárea como ainda fatal para as parturientes, a indicação médica da prática de abortos era constante (BRENES, 1991, 2002).

Em 1818, a prática de partos no curso de Medicina brasileiro era meramente teórica, pois não havia público de gestantes. Existia uma resistência social, a “enfermaria de partos”, o local era extremamente precário, insalubre, com alta vulnerabilidade a infecções, havendo ainda, naquela época, reservas relacionadas ao “pudor feminino”. Em meados de 1832, com o crescimento do poderio médico e a tentativa de controle social, que aconteceu também na Europa e Ásia, o título “de parteira” começou a ser concedido somente pelas faculdades, ninguém poderia mais exercer essa prática sem a certificação oficial. Iniciavam-se as tentativas para trazer o público feminino a uma prática médica. Em 1862, o ensino prático da medicina obstétrica continuava ainda com os partos teóricos em manequins, pois ainda era reduzidíssima a quantidade de gestantes que procuravam os serviços ou aceitavam ser acompanhadas por homens (BRENES, 1991, 2002; SALIM et al., 2012). Enquanto isso, no final de 1892, a criação de mais normas e leis com restrições e proibições às parteiras era constante. A intenção era reduzi-las a enfermeiras “instruídas” para auxiliar os parteiros homens (médicos) na assistência ao ciclo gravídico puerperal das mulheres, assim como na Europa.

Em meados de 1900, as melhorias foram acontecendo no exterior e chegaram ao Brasil, como a criação de uma enfermaria específica para clínica de partos e o controle das infecções puerperais. Isso possibilitou um crescente número de gestantes a procurar os serviços institucionais que ofereciam cada vez mais segurança. Em 1931 e nos anos que se sucederam, o esforço da corporação médica para trazer o “corpo feminino” para estudo foi ainda maior, seja no hospital, na clínica ou no consultório. Para isso, essa classe precisou construir socialmente a imagem profissional que inspirasse a confiança da população, principalmente feminina (THÉBAUD, 2002; BRENES, 1991).

A partir dessa contínua problemática, o *Zeitgeist* - espírito da época -, fortemente influenciado pelo discurso médico, cria uma estratégia, que aparenta ter mudado o rumo da história, em consonância com outras fortes consciências sociais do momento, “arquitetando” para as mulheres uma nova subjetividade, o que as garantiu um novo papel na sociedade, de forma mais intensa, mais exposta, mais “aceitável”. Começa, a partir desse marco, a valorização social de uma mulher bondosa, do lar, da família, ganhando também, a partir da interpretação da sua sexualidade, a configuração que foi descrita como frágil e inconsistente, a quem somente os médicos poderiam orientar por serem eles os únicos profissionais que “conheciam” o seu “funcionamento”. Inicia-se aqui a disseminação do pensamento social de que a mulher precisa da intervenção médica para conseguir parir (BRENES, 1991, 2002).

Historicamente, observa-se mais uma estratégia para retirar a autonomia das mulheres acerca de seus próprios corpos, desconfigurando-as como sujeito, criando assim, no imaginário da sociedade e de todas as gerações subsequentes, a ideia que se perpetua até os dias de hoje: da frágil incapacidade feminina (BRENES, 1991, 2002).



## Recortes da Saúde da Mulher e seus partos nas décadas de 1980 e 1990 no Brasil

No momento em que os partos passam a ser de “responsabilidade institucional hospitalar”, esse corpo feminino é submetido a um turbilhão de intervenções, como: a episiotomia, a lavagem gástrica, litotomia (posição ginecológica, deitada com as pernas elevadas por apoios), ocitocina, restrição ao leito, condicionamento à posição supina, depilação “forçada”, entre outras. Intervenções vistas mais como estratégias para facilitar o trabalho da equipe do que o trabalho de parto em si, sendo atualmente consideradas violência obstétrica.

Em 1980, a sociedade médica fervilhava na discussão acerca de qual seria a melhor atenção em saúde ofertada para as mulheres (e seus partos). Paralelamente a isso, surgiam os movimentos feministas, que colocavam em destaque as discussões acerca da sexualidade, da autonomia na reprodução, do cuidado integral na anticoncepção e de demais direitos das mulheres como cidadãs.

Não obstante, na mesma década, o Ministério da Saúde estabeleceu, então, um cronograma de cuidado integral à saúde da mulher, em idade reprodutiva ou não. Iniciava-se na história a ampliação dessa assistência para além da reprodução humana, com um cuidado que abrangia adolescentes, mulheres idosas e mulheres que decidiram não exercer a maternidade.

Esse período foi marcado por discussões e reflexões acerca da assistência ao parto com o mínimo de intervenções sobre a fisiologia, uma pequena semente para as mudanças que foram alcançadas na história. Os procedimentos antes centrados na necessidade das instituições agora deviam ser pensados, com foco nas parturientes. Nasce o novo paradigma do parto humanista: a partir de 1988, foi implantado o PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, garantindo integralidade na assistência da gestação ao puerpério, ampliação do acesso à saúde e garantia de qualidade na assistência (SERRUYA et al, 2004).

A maior parte da década de 1990 é marcada ainda pelo crescimento exponencial de partos cesáreos no Brasil. Vários fatores influenciaram essa constante elevação, como o estímulo financeiro: naquela época, os hospitais públicos recebiam do Sistema Único de Saúde um repasse financeiro maior para partos cesáreos em detrimento do parto normal. A esterilização definitiva pela laqueadura das trompas, realizada junto ao procedimento do parto cesáreo, também é apontada como pilar no índice elevado desse procedimento, assim como o medo da dor, a reduzida equipe em relação à elevada demanda, o reduzido tempo do procedimento, principalmente a pouca informação de qualidade. Considera-se que o parto cesáreo extrapolou a área médica, transformando-se em um fenômeno cultural. O Brasil é considerado o país com maior número de partos cesáreos do mundo (COSTA, 2018).

No final da década de 1990, começando a tomar mais força surgem os movimentos radicais contra esse modelo intervencionista. Seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde e apoiados pelo Ministério também da saúde, são lançadas diversas ações para estimular o parto normal, retomar a autonomia da mulher e reduzir a violência obstétrica. O parto normal agora era mais valorizado financeiramente para os hospitais públicos. Houve a formação de enfermeiras obstétricas, incentivo ao alojamento conjunto mãe-bebê, a criação de casas de parto e o fortalecimento do pré-natal (COSTA, 2018).

## Recortes da Saúde da Mulher e seus partos no Brasil na contemporaneidade

Mudanças intensas começam a surgir no novo século e, conseqüentemente, também atingiram os cuidados com o parto: o corpo feminino, anteriormente taxado como carente



de resgate, agora é novamente considerado como apto a dar à luz, na maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções. O parto se torna agora uma experiência altamente pessoal, sexual e familiar. Ele deve ser tratado com o devido respeito e os familiares são convidados novamente a essa cena, principalmente os genitores. Já o nascimento, antes anunciado como um perigo para a integridade do bebê, agora é visto como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extrauterina (DINIZ, 2005).

Quando se observa de perto, percebe-se que há um modelo da década de 1970 sendo resgatado, melhorado, adaptado, mas devido à forte influência das décadas de 1980 e 1990, nas quais a indústria da cesárea teve sua acessão, esse modelo intervencionista e medicalizado ainda levará tempo para ser desconstruído (COSTA, 2018). O cuidado à saúde da mulher deve ser permeado por acolhimento, escuta sensível de suas demandas, sempre considerando seu contexto sócio-histórico, as relações de gênero, cor e classe no processo de geração de saúde e adoecimento (COELHO et al., 2009).

Dentro do cenário de cuidado com a saúde da mulher, as práticas tradicionais sempre ocuparam lugar de destaque. Oriundas da aprendizagem nas relações, o conhecimento geracional sobre o parto é um legado de cultura e de história, sendo as mulheres as principais responsáveis pela guarda e passagem desse conhecimento. Desde o início dos tempos, as mulheres desempenham o papel de provedoras desse saber (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014).

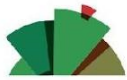
### Considerações finais

A história do parto é marcada por séculos de transformações sociais, desde o protagonismo das mulheres e o uso do conhecimento tradicional até a entrada no hospital e seu intenso uso de intervenções, na maioria das vezes, desnecessárias.

As descobertas científicas e os estudos sobre o parto trouxeram benefícios como a possibilidade de intervenções cirúrgicas, aumento da segurança da mãe e do bebê em situações de intercorrências e redução da mortalidade nos nascimentos, mas também trouxeram prejuízos, como: a epidemia de cesarianas eletivas e da violência obstétrica, o afastamento do protagonismo das mulheres em seus partos e a desconstrução da sua autoconfiança fisiológica acerca da sua capacidade de parir.

Quando se observa a história, é possível perceber um controle social que dita regras acerca desses corpos e nascimentos em três momentos distintos. No primeiro momento, encontra-se um corpo que pari de forma “livre”, apoiado por outras mulheres e acreditado fisiologicamente como provedor de vidas. No segundo momento, observa-se um corpo limitado, controlado no nascer, visto como frágil, incapaz, desacreditado em dar à luz sem as intervenções medicalizadas ou cirúrgicas e, por último, um corpo novamente visto como forte, resgatado da fragilidade, em que novamente lhe foi dito que é capaz de parir fisiologicamente sem intervenções e é esperado que o faça assim. Mas, agora, surge uma nova dificuldade: a sociedade de mulheres que desejam parir, mas não foram preparadas emocionalmente para isso, não confiam em seu processo fisiológico, não conhecem as etapas que antecipam um nascimento ou não suportam física e emocionalmente o atravessar das intensas contrações de um parto normal.

O parto começa “pela cabeça”. Ele se inicia quando há preparo a partir dos pensamentos. É preciso cuidar da preparação emocional dessas mulheres que foram desacreditadas por décadas. Não adianta ditar regras sobre vias de parto, instaurar socialmente o desejo de parir de forma natural sem uma efetiva educação em saúde para que elas e as famílias possam compreender os benefícios daquela via de nascimento e o que

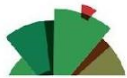


de fato esperar daquele momento. Submeter corpos ao parto natural sem o preparo necessário é correr o risco de colocar essa mulher em mais uma situação de violência. Hoje, corpo e mente devem ser preparados com igual importância para o melhor parto possível, sempre humanizado, independentemente de qual via for indicada, isso a partir de uma avaliação profissional séria pautada em evidências.

A partir dessas reflexões, conclui-se que é imprescindível valorizar o conhecimento tradicional sobre o parto, incluir as mulheres no processo de decisão sobre a via de nascimento, fomentar a pesquisa, seguir lutando por conquistas políticas, investir em programas de formação para os profissionais da saúde, garantindo-lhes capacitação atualizada com atendimento humanizado e respeitoso às mulheres de nossa sociedade, as quais necessitam novamente serem emponderadas e informadas acerca do processo fisiológico e emocional do parir. Por fim, incentivar discussões em todas as instâncias do ensino, o que possibilita também seguir levantando novas problemáticas.

### Referências

- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Scarlet. As parteiras-chefes da maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? *Revista Estudos Feministas*, v. 10, p. 403-413, 2002.
- BRENES, A. C. A história do parto e seus cuidados. *Anais ANPUH - MG*, Belo Horizonte, 2002.
- BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, p. 135-149, 1991.
- COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Escola Anna Nery*, v. 13, p. 154-160, 2009.
- COSTA, Ana Cristina Freitas da. **Trajetória do parto nas décadas de 70, 80, 90 e século XXI: discursos de mulheres e a construção de práticas**. TCC (Bacharelado em Enfermagem). Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul - RS, p. 64. 2018.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- HOMEI, Aya. Tempos modernos, novos partos e novas parteiras: o parto no Japão de 1868 aos anos 1930. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, p. 429-440, 2002.
- LUGONES BOTELL, Miguel. La cesárea en la historia. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, v. 27, n. 1, p. 53-56, 2001.
- MAIA, Mônica Bara. **Assistência à saúde e ao parto no Brasil. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 19-49, 2010.
- MEDEIROS, Raphael Câmara et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. *Femina*, v. 38, n. 9, p. 482, 2010.
- MOTT, Maria Lucia. Parto. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, p. 399-401, 2002.
- MUNANGA, Kabengele. Por que ensinar a história da África e do negro no Brasil de hoje? *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, p. 20-31, 2015.



OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico**. 1997. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1039-1061, 2018.

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. Vivências cotidianas de parteiras e ‘experientes’ do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, p. 441-448, 2002.

ROTHER, Edna Therezinha. Revisão sistemática versus revisão narrativa. Editorial. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, 2007.

SALIM, et al. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 628-634, 2012.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giácomo do; CECATTI, José Guilherme. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, p. 517-525, 2004.

TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1341-1353, 2014.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; NAKANO, Andreza Rodrigues; NUCCI, Marina Fisher. Parto e nascimento: saberes, reflexões e diferentes perspectivas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 913-915, 2018.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, p. 415-426, 2002.

TORRACO, Richard J. Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. **Human resource development review**, v. 4, n. 3, p. 356-367, 2005.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

**Capítulo 2 – Cuidados na Gravidez e no Pós-Parto: Uma Perspectiva Geracional em  
Serra dos Morgados – BA**

Artigo submetido à Revista Sustinere (Qualis A2).

## **Cuidados na Gravidez e no Pós-Parto: Uma Perspectiva Geracional em Serra dos Morgados – BA**

### **Ralliny Soares Rocha dos Santos Bitencourt**

Especialista em Psicologia Perinatal e Obstétrica (FacCidade), Bacharel em Psicologia (Univasf)  
Discente do Mestrado em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental – PPGECO H UNEB – Campus III  
Juazeiro BA, Brasil  
✉ralliny@outlook.com

### **Carlos Alberto Batista dos Santos**

Doutor em Etnobiologia e Conservação da Natureza (UFRPE), Docente do Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental – PPGECO H, UNEB, Campus III Juazeiro, BA

### **Wbaneide Martins de Andrade**

Docente do Curso de Graduação em Ciências Biologia e do Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental – PPGECO H, Pesquisadora do Centro de Pesquisas OPARÁ na Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Campus VIII Paulo Afonso, BA, Brasil

**Resumo:** O conhecimento ancestral desempenha um papel significativo nos processos culturais, contribuindo para a preservação de práticas que abrangem desde normas de comportamento cotidiano até cuidados relacionados à saúde. Ao longo da história, as mulheres têm sido tradicionalmente reconhecidas como as guardiãs desses saberes, incumbidas da responsabilidade de assegurar sua transmissão às gerações futuras. Com o objetivo de aprofundar a compreensão desses processos, o presente estudo buscou analisar os discursos de mulheres pertencentes a uma comunidade rural do interior da Bahia, a respeito dos cuidados que receberam durante o período gravídico e puerperal. As informações foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com 11 participantes, que foram posteriormente transcritas e analisadas à luz da Análise de Conteúdo de Bardin. Durante o processo, foram identificadas quatro categorias de análise: a rede de apoio presente durante o ciclo gravídico-puerperal, as práticas de cuidado vivenciadas durante o ciclo gravídico-puerperal, as transgressões em relação às práticas de cuidado aconselhadas durante o período gravídico-puerperal e a transmissão oral de conhecimentos adquiridos durante o mesmo período. Ao término da pesquisa, ficou evidente a presença da transmissão geracional nas relações em comunidade, além da identificação de duas questões notáveis: a ocorrência de desvios em relação às tradições transmitidas e o uso de tecnologias de comunicação e informação no contexto do ciclo gravídico-puerperal.

**Palavras-chave:** gestação, pós-parto, resguardo, cuidado emocional, saúde da mulher do campo

## **Pregnancy and postpartum care: A generational perspective in Serra dos Morgados – BA**

**Abstract:** Ancient knowledge plays a significant role in cultural processes, contributing to the preservation of practices that range from everyday behavioral norms to healthcare-related concerns. Throughout history, women have traditionally been recognized as the guardians of this knowledge, entrusted with the responsibility of ensuring its transmission to future generations. In order to deepen the understanding of these processes, the present study sought to analyze the narratives of women belonging to a rural community in the interior of Bahia, regarding the care they received during the pregnancy and postpartum period. The information was obtained through semi-structured interviews conducted with 11 participants, which were subsequently transcribed and analyzed using Bardin's Content Analysis. During the process, four categories of analysis were identified: the support network present during the pregnancy-postpartum cycle, the care practices experienced during the pregnancy-postpartum cycle, deviations from recommended care practices during the pregnancy-postpartum period, and the oral transmission of knowledge acquired during the same period. At the end of the research, the generational transmission within the community relationships became evident, along with the identification of two notable

issues: deviations from transmitted traditions and the use of communication and information technologies in the context of the pregnancy-postpartum cycle.

**Keywords:** pregnancy, postpartum, postpartum confinement, emotional care, rural women's health

## **Cuidados durante el embarazo y postparto: Una perspectiva generacional en Serra dos Morgados – BA**

**Resumen:** El conocimiento ancestral desempeña un papel significativo en los procesos culturales, contribuyendo a la preservación de prácticas que abarcan desde normas de comportamiento cotidiano hasta cuidados relacionados con la salud. A lo largo de la historia, las mujeres han sido tradicionalmente reconocidas como las guardianas de estos saberes, encargadas de la responsabilidad de asegurar su transmisión a las generaciones futuras. Con el objetivo de profundizar en la comprensión de estos procesos, el presente estudio buscó analizar los discursos de mujeres pertenecientes a una comunidad rural en el interior de Bahía, en relación con los cuidados que recibieron durante el período de embarazo y posparto. La información se obtuvo a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a 11 participantes, que posteriormente fueron transcritas y analizadas mediante el Análisis de Contenido de Bardin. Durante el proceso, se identificaron cuatro categorías de análisis: la red de apoyo presente durante el ciclo de embarazo-posparto, las prácticas de cuidado experimentadas durante el ciclo de embarazo-posparto, las desviaciones con respecto a las prácticas de cuidado recomendadas durante el período de embarazo-posparto y la transmisión oral de conocimientos adquiridos durante el mismo período. Al final de la investigación, quedó patente la transmisión generacional en las relaciones de la comunidad, además de la identificación de dos cuestiones destacadas: las desviaciones de las tradiciones transmitidas y el uso de tecnologías de comunicación e información en el contexto del ciclo de embarazo-posparto.

**Palabras clave:** embarazo, posparto, parto posparto, atención emocional, salud de la mujer rural.

## **INTRODUÇÃO**

A maternidade representa um período de profundas transformações na vida de uma mulher, marcado por desafios e alegrias singulares. Durante o ciclo gravídico-puerperal, que engloba a gravidez, o parto e o pós-parto, essas mudanças assumem dimensões significativas, influenciando não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e social das mulheres. Contudo, essas experiências não são moldadas apenas por fatores biológicos, elementos culturais, sociais, históricos e intergeracionais também contribuem nesse processo (Alves, 2020; Balsells et al., 2018).

Em particular, as mulheres do campo que vivem em áreas rurais enfrentam desafios únicos durante esses ciclos, pois suas vidas estão intimamente conectadas à terra, tradição e sabedoria transmitidas de uma geração para outra geração. Elas assumem papéis fundamentais na preservação de práticas e cuidados tradicionais, abrangendo desde o uso de ervas medicinais até rituais de apoio à maternidade (Prates et al., 2019).

Durante a gestação e o pós-parto, é esperado que as futuras mães vivenciem uma elevação no nível de ansiedade, acompanhada de oscilações emocionais que envolvem sentimentos de medo, insegurança e felicidade diante do novo que está por vir. Esses processos

demandam ações específicas de amparo, que se iniciam a partir dos recursos existentes em seus contextos sociais, como a formação de redes de apoio e a oferta de cuidados solidários (Araújo, 2012).

Esses cuidados frequentemente têm raízes em conhecimentos transmitidos de forma geracional, seja no âmbito familiar ou comunitário. Tais conhecimentos incluem também cerimônias populares, crenças locais, costumes e conselhos. Essas práticas, que constituem uma parte intrínseca da identidade cultural das comunidades rurais, estão estreitamente ligadas à maternidade e aos cuidados materno-infantis, utilizados para suprir as necessidades relacionadas às enfermidades, ao tratamento de dores físicas ou emocionais, bem como prevenção e promoção de saúde (Dos Santos, 2015).

No entanto, observa-se uma transição gradual em direção a práticas de cuidado mais “modernas” e ocidentalizadas, mesmo em áreas rurais mais remotas, à medida que a urbanização avança. Essa transformação levanta preocupações sobre a preservação dos valores culturais e sociais das comunidades locais.

Nesse contexto, este artigo se propõe a dar visibilidade às tradições que sustentam as mulheres do campo em suas jornadas maternas, apresentando as ações de cuidado realizadas especificamente durante o ciclo gravídico-puerperal, com especial ênfase no compartilhamento de cuidados geracionais. Assim, observa como essas mulheres enfrentam os desafios inerentes a esse período da vida e de que maneira os conhecimentos e as práticas transmitidos podem tornar a maternidade nessas regiões mais seguras, significativas e resilientes.

Diante desse cenário, questiona-se: “Quais práticas de cuidado em saúde, fundamentadas em experiências geracionais, persistem durante o ciclo gravídico-puerperal das mulheres do campo?”. Através da exploração dessas questões, contribui-se, também, não apenas para o conhecimento acadêmico, mas na oferta de novas perspectivas e estratégias para a prestação de assistência de cuidado, impulsionando a promoção de qualidade das vivências de maternidades mais segura e contextualizada nas comunidades rurais.

## **METODOLOGIA**

### **Descrição da área de estudo e das comunidades participantes**

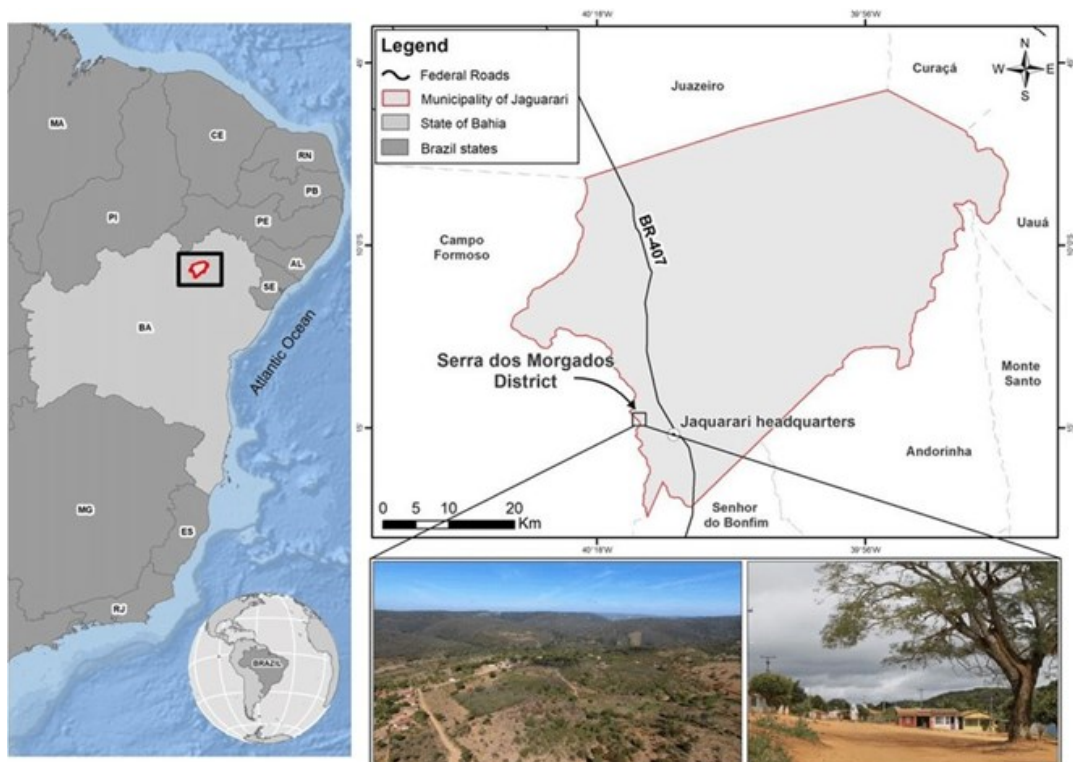
Este estudo adotou uma abordagem quali e quantitativa para investigar aspectos relacionados às práticas de cuidado vivenciadas por mulheres que moram no contexto rural. A pesquisa foi realizada no povoado da Serra dos Morgados, situado no município de Jaguarari, no estado da Bahia, Brasil. A escolha dessa área foi motivada pela preservação de costumes e

práticas culturais, além da tradição contínua em manter e transmitir conhecimentos de geração em geração na comunidade. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da cidade foi registrado em 0,659 (IBGE, 2010), refletindo as dificuldades sociais e econômicas enfrentadas pela região, o que pode influenciar diretamente nas condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde.

Esse povoado está inserido na paisagem da Caatinga nordestina, caracterizada por uma beleza natural, rica herança cultural e uma comunidade que mantém tradições ancestrais vivas, como o “Reisado”, o “Samba de Palma”, a “Roda Trocada”, entre outras manifestações culturais locais. Essa Serra está situada a uma distância de 400 km de Salvador e suas coordenadas geográficas são Latitude:  $-10.1167, 10^{\circ} 7' 0''$  Sul e Longitude:  $-40.3833, 40^{\circ} 22' 60''$ , fazendo parte de uma região caracterizada por uma cadeia de montanhas, com altitudes que alcançam aproximadamente 900 metros acima do nível do mar.

A população da Serra dos Morgados é predominantemente composta por famílias rurais que dependem da agricultura de subsistência e da pecuária como principais meios de subsistência. O povoado abriga cerca de 97 famílias, com uma população aproximada de 315 habitantes, conforme os dados de Netto e Marques (2017).

**Figura 1 – Localização da área de estudo no município de Jaguarari/Bahia do povoado de Serra dos Morgados**



Fonte: DA SILVA SOUZA, 2022.

No entanto, quando se refere aos cuidados de saúde, os moradores da Serra dos Morgados enfrentam uma série de desafios em sua estrutura. O município de Jaguarari abriga um único hospital, localizado a 12km do povoado estudado. Antes da recente inauguração do único centro cirúrgico em Jaguarari, em 06 de agosto de 2020 (Figura 2), todas as cesáreas eram encaminhadas para outras unidades hospitalares. Atualmente, para os atendimentos médicos mais complexos, os moradores ainda precisam se deslocar para cidades vizinhas, como Senhor do Bonfim, que fica a 37 km de distância, e até mesmo para Juazeiro na Bahia, e Petrolina em Pernambuco, a uma distância de 110 km do povoado. A escassez de serviços de saúde gera uma pressão adicional sobre as mulheres grávidas e suas famílias, tornando o acesso aos cuidados médicos adequados um desafio significativo.

**Figura 2** – Placas com referência à construção do Centro obstétrico e do hospital do município de Jaguarari/BA



Fonte: Imagem registrada pelos autores

## COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2022, utilizando a abordagem de amostragem do método bola de neve. O processo começou com a identificação de participantes-chave que detinham conhecimento e experiência sobre a temática do escopo da pesquisa. Esses participantes foram convidados a indicar outras pessoas que se enquadrassem nos critérios estabelecidos, ou seja, que tivessem vivenciado uma das fases do ciclo gravídico-puerperal (gestação, parto ou puerpério) no Povoado de Serra dos Morgados. Essa pesquisa atendeu a todos os preceitos da ética na pesquisa e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob o Parecer nº. 5.537.368.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas individualmente (Albuquerque et al., 2008), com registros efetuados com auxílio do celular; para gravação dos relatos. As entrevistas abordaram temas relacionados à saúde materna e ao processo de parto, bem como tradições e práticas culturais locais sobre as práticas desenvolvidas nas fases do ciclo gravídico-puerperal. Antes do início de cada entrevista, os participantes que concordaram em compor essa amostra foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que detalhava os objetivos da pesquisa, a natureza voluntária da participação e a garantia de confidencialidade das informações coletadas. As participantes foram informadas de que a participação na pesquisa era voluntária e que poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento. A fim de preservar a confidencialidade e a privacidade das participantes, todos os nomes reais foram substituídos por nomes de flores típicas da Caatinga.

No que se refere à avaliação da percepção das práticas de cuidados geracionais peculiares para a saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, foram formuladas questões específicas, tais como: “Com quem você contou durante sua gestação?”, “De quais maneiras essas pessoas te ajudaram?” e “Recebeu algum aconselhamento ou orientação que tenha julgado benéfico durante a gestação, o parto ou o pós-parto e que tenha compartilhado com outras pessoas?”, permitindo, assim, acessar as informações para atender aos objetivos propostos nesse estudo.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

As entrevistas foram transcritas e o conteúdo foi submetido a uma análise detalhada, utilizando a metodologia da Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011). O processo analítico foi conduzido em três etapas: Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados.

Na etapa de Pré-análise, procedeu-se à familiarização com os elementos coletados, realizando leituras preliminares e construindo um *corpus* de análise e formulações iniciais. A etapa seguinte, de Exploração do Material, envolveu as construções das unidades de análise, a definição de códigos e a categorização dos dados. Por fim, na etapa de Tratamento Dos Resultados, os dados foram processados e comparados com informações da literatura científica relevante (Cardoso et al., 2021).

Durante todo o processo, as categorias indutivas foram desenvolvidas com base nas informações textuais coletadas, identificando semelhanças empíricas nas unidades de significado, seguindo a metodologia de Bardin (2011) e Sousa e do Carmo Galiazzi (2017).

No que diz respeito às vivências durante o ciclo gravídico-puerperal, investigaram-se as práticas de cuidado recebidas pelas participantes, as figuras de apoio presentes nesses momentos e a continuidade na transmissão de conhecimentos geracionais. A partir dos discursos das participantes, construíram-se quatro categorias relacionadas às respostas e frequências de citações, como apresentado a seguir: **Categoria 1:** *Rede de apoio presente durante o ciclo gravídico-puerperal:* refere-se às figuras de cuidado apontadas pelas participantes como importantes durante suas gestações, partos e/ou puerpérios; **Categoria 2:** *Práticas de cuidado vivenciadas durante o ciclo gravídico-puerperal:* discorre sobre como elas identificaram e nomearam os cuidados recebidos; **Categoria 3:** *Transgressão às práticas de cuidado aconselhadas durante o período gravídico-puerperal:* aborda as situações em que as mulheres receberam alguma orientação de cuidado geracional, mas decidiram não segui-las; e **Categoria 4:** *Transmissão oral de conhecimentos adquiridos durante o ciclo gravídico-puerperal:* explora a continuidade dos cuidados recebidos e aponta uma transmissão ativa desse comportamento na comunidade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, foram entrevistadas um total de 11 (100%) mulheres residentes no Povoado Serra dos Morgados/Bahia, que compartilharam suas experiências relacionadas à maternidade. A faixa etária das participantes variou entre 21 e 75 anos, abrangendo um amplo espectro etário. 5 (45,45%) mulheres situavam-se entre 32 e 41 anos, enquanto 4 (36,36%) tinham entre 50 e 63 anos. Notavelmente, 1 (9,09%) participante mais jovem, com 21 anos, e 1 (9,09%) mais idosa, com 75 anos, contribuíram para uma diversidade de idades que ultrapassam cinco décadas. No que diz respeito à escolaridade, observou-se uma variedade de níveis educacionais entre as participantes. 3 (27,27%) concluíram o Ensino Fundamental I, 2 (18,18%) o Ensino Fundamental II e 2 (18,18%) possuem formação incompleta nesse nível. 3 (27,27%) completaram o Ensino Médio, enquanto 1 (9,09%) teve educação nesse nível de forma incompleta.

Sobre o estado civil, 6 (54,55%) das participantes declararam ser casadas, enquanto 4 (36,36%) afirmaram ser solteiras e 1 (9,09%) viúva. A renda familiar de todas (100%) as

participantes baseava-se na agricultura familiar; 5 (45,45%) delas recebem benefícios sociais do Programa Bolsa Família e 3 (27,27%) encontram-se aposentadas.

Ao analisar as idades e o número de gestações das participantes, observou-se uma relação proporcionalmente crescente. A mulher mais jovem, com 21 anos, vivenciou apenas uma gestação, enquanto as participantes entre 32 e 41 anos tiveram entre duas e três gestações. Por sua vez, as participantes de 50 a 63 anos experienciaram a gestação entre cinco e seis vezes e a participante mais idosa, com 75 anos, foi a que vivenciou o maior número de gestações, totalizando sete.

Todas as entrevistadas vivenciaram seus primeiros partos na faixa etária de 19 a 21 anos, demonstrando a repetição desse padrão ao longo das últimas cinco décadas. Quanto à via de parto, observou-se uma predominância de nascimentos por via baixa ou parto vaginal. Das 11 participantes, um total de 33 (100%) nascidos vivos foram registrados, sendo que 29 (87,88%) ocorreram por parto vaginal e apenas 4 (12,12%) por cesariana.

Com base nos relatos das participantes, foram construídas quatro categorias distintas, cada uma relacionada às respostas e suas frequências de citação (Tabela 1). A análise das categorias permitiu uma compreensão mais aprofundada das experiências das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e das práticas de cuidado que permearam esse período.

**Tabela 01 – Distribuição das Categorias de Práticas de Cuidado, suas subcategorias, citações e suas correspondentes porcentagens, das entrevistas realizadas com mulheres na Serra dos Morgados, Jaguarari/BA**

Categorias de Práticas de Cuidado (CAT)	Subcategoria de Práticas de Cuidado (SUB)	Nº de Citações	% (CAT)	Códigos	Nº de Citações	% (SUB)	% (CAT)
<b>1. Rede de Apoio presente durante o ciclo gravídico-puerperal</b> 45 citações (100%) 28,48% total de categorias	Rede de Apoio Familiar	33	73%	Mãe	10	30%	22%
				Cunhada	2	6%	4%
				Irmã	2	6%	4%
				Irmão	1	3%	2%
				Filho	1	3%	2%
				Filha	1	3%	2%
				Pai	2	6%	4%
				Família	2	6%	4%
				Madrinha	1	3%	2%
				Avó	3	9%	7%
				Tia	2	6%	4%
				Marido	3	9%	7%
				Sogra	2	6%	4%
				Madrasta	1	3%	2%
	Rede de Apoio Profissional	7	16%	Profissionais de saúde	7	100%	16%
	Rede de Apoio Comunitária	4	9%	Vizinhança	4	100%	9%

	Rede de Apoio Tecnológica	1	2%	Digital	1	100%	2%
<b>2. Práticas de Cuidado vivenciadas durante o ciclo gravídico-puerperal</b> 65 citações (100%) 41,41% total de categorias	Práticas de cuidado realizadas através de Comunicações Oraís	25	38%	Conversa	7	28%	11%
				Conselho	18	72%	28%
	Práticas de cuidado realizadas através da Oferta de Suporte	34	52%	Suporte Emocional	19	56%	29%
				Suporte Físico	15	44%	23%
Práticas de cuidado realizadas através de Atendimento Profissional	6	9%	Assistência com Profissionais	6	100%	9%	
<b>3. Transgressão às práticas de cuidado aconselhadas durante o período gravídico-puerperal</b> 25 citações (100%) 15,82% total de categorias	Desobediência aos conselhos de não execução de esforços físicos	12	48%	Não pegar peso forçando o corpo	10	83%	40%
				Não realizar serviços domésticos	2	17%	8%
	Recusa ao uso da medicina local	13	52%	Receberam orientações de uso de plantas, mas não seguiram	3	23%	12%
				Não pactuaram de crenças socioculturais relacionadas a fé, mitos e tradições	7	54%	28%
				Não seguiram os conselhos de restrições alimentares no período gravídico-puerperal	3	23%	12%
<b>4. Transmissão oral de conhecimentos adquiridos durante o período gravídico-puerperal</b> 23 citações (100%) 14,56 total de categorias	Conselhos originados da experiência materna	8	35%	Sentimentos	4	50%	17%
				Vivência do parto	2	25%	9%
				Cuidados com RN	2	25%	9%
	Conselhos originados de crenças populares e tradição local	8	35%	Não comer comida pesada	2	25%	9%
				Reduzir esforços físicos	3	38%	13%
				Crenças locais	3	38%	13%
	Conselhos sobre o uso de plantas medicinais	5	22%	Banho de ervas	3	60%	13%
Chás				2	40%	9%	
Considerações acerca do planejamento familiar	2	9%	Não engravidar novamente	2	100%	9%	

Fonte: Elaborado pelos autores

Os resultados apontaram um universo total de 153 (100%) citações distribuídas em quatro categorias distintas. A primeira correspondeu a 28,48% do total de citações, seguida por 41,14% na segunda, 15,82% na terceira e 14,56% na última categoria. Na categoria 1, que aborda a *Rede de Apoio durante o ciclo gravídico-puerperal*, registrou-se um total de 45 (100%)

citações. Nessa análise, examinaram-se as figuras de cuidado citadas pelas participantes, dividindo-as em quatro subcategorias: 1) *Rede de Apoio Familiar*, com um total de 33 (73%) citações; 2) *Rede de Apoio Profissional*, com um total de 7 (16%) citações; 3) *Rede de Apoio Comunitária*, com um total de 4 (9%) citações e 4) *Rede de Apoio Tecnológica*, com um total de 1 (2%) citação. De acordo com estudos de Dutra e Faria (2023), a rede de apoio desempenha um papel essencial junto às mães, concentrando-se em fornecer orientação, acompanhamento e suporte com amor e empatia, promovendo uma vivência saudável das maternidades.

A subcategoria *Rede de Apoio Familiar* foi a mais citada, aparecendo 33 vezes em um universo total de 45 citações. Desse total, 24 (72,73%) citações foram referentes ao gênero feminino, e apenas 7 (21,21%) ao gênero masculino. Esse resultado reflete o fato de que as mulheres participantes foram cuidadas por outras mulheres de suas famílias, como evidenciado nas falas de Flor Jutirana, que diz: “...*Minha mãe, minha tia e minha avó... Sempre estava lá pra pegar, pegavam o neném...*”, e principalmente por suas figuras maternas, como destaca Flor Liana: “... *A mãe foi tudo e até hoje, é tudo pra mim ...*”.

Embora essa distribuição de cuidado não seja surpreendente na nossa sociedade, ela continua a suscitar inquietação e preocupação. A função tradicional do cuidar feminino foi e ainda é socialmente esperada e ensinada, gerando expectativas que são acentuadas em contextos rurais. Nessas áreas, o estereótipo de “mulher do lar, boa esposa e mãe dedicada” é consideravelmente mais forte do que nos espaços urbanos (Marmantini, 2022). A educação familiar é importante na formação de papéis desempenhados pelas crianças, com distinções acentuadas na forma de educar meninos e meninas, especialmente no ambiente do campo (De Mello Guimarães; Gonçalves, 2017; Zanello, 2018; Silva et al., 2019).

Em uma sociedade onde o gênero é um fator estruturante, marcado pelo binarismo, o processo de tornar-se pessoa implica ser submetido a *scripts* sociais e expectativas normativas sobre o que significa ser homem ou mulher. Nas sociedades patriarcais, há uma divisão de trabalhos emocionais, com os homens sendo demandados por independência e autonomia, enquanto às mulheres são atribuídos a ligação e o cuidado, ou seja, interdependência. Em resumo, os sentimentos não são naturais, mas culturalmente configurados (Zanello, 2018).

De acordo com De Souza et al. (2023), o exercício do cuidado, enquanto responsabilidade, é socialmente atribuído com base na posição social do indivíduo em seus relacionamentos. Assim, a partir dos papéis tradicionais de gênero, as mulheres “aprendem” desde cedo a se colocar a serviço do outro, priorizando as necessidades de terceiros em detrimento das suas próprias. Portanto, o cuidado está intrinsecamente relacionado às normas sociais e identidades de gênero, tornando-se frequentemente um trabalho invisibilizado, não

reconhecido e não remunerado. Nesse contexto, Zanello (2018) aponta para o adoecimento mental que acomete as mulheres diante da sobrecarga de trabalhos atribuídos devido aos papéis de gênero.

Já a subcategoria *Rede de Apoio Profissional*, a segunda mais citada, correspondendo a 16% das citações, é formada pelos profissionais da área da saúde. Esses profissionais são considerados pelas participantes como parte de suas redes de apoio, revelando relações de confiança. Além de oferecerem cuidados durante os atendimentos, eles também proporcionam aconselhamentos e acolhimento.

A subcategoria *Rede de Apoio Comunitária*, representando as figuras de cuidado na vizinhança ou comunidade, registrou quatro (9%) citações. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de essa comunidade ser composta principalmente por familiares, tornando os vizinhos, que não são parentes, menos representativos nessa rede de apoio das participantes. Como expressado na fala de Flor Velame: “...*Tinha uma vizinha..., ela falava para mim, tem que fazer assim, colocar o pano na cabeça...*”.

Por último, a subcategoria *Rede de Apoio Tecnológica* surge como um elemento notável diante da tradição da comunidade participante, destacando a integração de novos componentes na história cultural local, principalmente com a chegada da internet. Antigas tradições e novas tecnologias coexistem e compartilham o mesmo espaço, como evidenciado por Flor Jutirana, que, sobre sua experiência de parto, mencionou ter aprendido com vídeos do YouTube durante a gravidez: “...*Eu assistia no YouTube, eu assisti muita coisa no YouTube que ensinava a como fazer, a como se controlar... Ninguém chegou para mim dizendo que era tal, que era assim...*”. Já sobre seus cuidados no resguardo, afirmou: “...*era o chá que é pra se banhar, pra abrir as carnes que os mais velhos passa, os mais velhos que diz, não é que abre as carne, fiz 2 vezes...*”. Percebe-se que mesmo com a modernização do meio rural e o acesso às informações, as crenças e os costumes tradicionais continuam sendo significativos localmente.

Em síntese, essa Categoria 1 revelou uma rede de cuidado complexa e multifacetada nas vidas das participantes. A predominância da *Rede de Apoio Familiar*, com um foco notável nas figuras femininas maternas, destaca a persistência das expectativas de gênero em contextos rurais, onde o cuidado é frequentemente desempenhado e transmitido por essas mulheres. A presença da *Rede de Apoio Profissional e Comunitária* demonstra a importância dos profissionais de saúde e da comunidade local no apoio às mães durante esse período. Além disso, a emergência da *Rede de Apoio Tecnológica* ressalta a coexistência das tradições antigas e das novas tecnologias na vida dessas mulheres. Essa análise da Rede de Apoio proporciona perspectivas valiosas para compreender as complexas dinâmicas de cuidado e suporte durante

o ciclo gravídico-puerperal em contextos rurais, bem como a influência das normas de gênero e da modernização.

Os resultados para a Categoria 2, Práticas de Cuidado realizadas pela rede de apoio durante o período gravídico-puerperal, concentraram-se nas ações identificadas pelas mulheres como práticas de cuidado realizadas por suas redes de apoio durante suas experiências no ciclo gravídico-puerperal. Registrou-se um total de 65 (100%) citações, as quais foram subdivididas em 3 subcategorias: 1) *Práticas de cuidado realizadas através da Oferta de Suporte*, com 25 (38%) citações; 2) *Práticas de cuidado realizadas através de Comunicações Oraís*, com 34 (53%) citações, e 3) *Práticas de cuidado realizadas através do Atendimento Profissional*, com 6 (9%) citações.

Na subcategoria *Práticas de cuidado realizadas através da Oferta de Suporte*, com um total de 34 (52%) citações, destacam-se ações relacionadas ao suporte físico, com 15 (23%) citações, e emocional, com 19 (29%) citações. As mulheres receberam auxílio nas tarefas domésticas, no cuidado com recém-nascidos e filhos mais velhos. Isso foi evidenciado nas falas de participantes que mencionaram a importância do apoio, seja por parte de familiares ou de amigos da comunidade, como pode ser observado nas falas de Flor Malva: “... *o meu filho, não é?! O de 13 anos que foi meu braço direito nessa última gestação, que ele era quem fazia praticamente tudo dentro da casa. Só não lavava roupa...*”. E o suporte emocional é representado através do apoio, acolhimento ou presença, como na fala de Flor Melosa: “... *Eu tive muito daquilo, pai e mãe, né? Era, foi os que me sustentaram, eles mesmo...*”. Esse apoio é essencial no período crítico de reorganização da vida familiar após o nascimento de um filho, como sugerido por Maldonado (2017) e De Moraes (2021).

A subcategoria *Prática de cuidado realizadas através de Comunicações Oraís*, com 25 (38%) citações, envolve a transmissão de conselhos e conversas de mulheres mais experientes, como avós, mães, tias, sogras. Isso destaca a importância dos cuidados geracionais e da transmissão de conhecimentos dentro da comunidade, como é possível constatar a partir das falas de Flor Xique-Xique: “*Era só a minha avó que me criou. Ela me ajudava muito, não é? Sempre vinha aqui pontá eu, dava muito conselho para mim não tá fazendo coisa errada. E sempre me ajudava em tudo...*”. E na fala de Flor Velame: “*A minha sogra ensinava para a gente tomar bastante banho. Sempre obedecia muitos conselhos dela e me dei bem, graças a Deus...*”.

De acordo com Tomeleri e Marcon (2009), a cultura é transmitida desde o nascimento, moldando o modo de ser e agir de acordo com os valores, crenças e costumes do ambiente em que se vive. Sendo a mulher a principal responsável pela família, muitas vezes, ela transmite

esses conhecimentos a partir do cuidado que é desenvolvido na vida cotidiana da família nas comunidades.

O ciclo gravídico-puerperal é permeado por práticas populares, crenças locais e costumes familiares, transmitidos de mães para filhas, ao longo das gerações, conforme evidenciado pelas experiências compartilhadas por Flor Quipá e sua relação com a avó: “... *Aí às vezes a minha avó chegava e eu estava sentada na entrada da porta. Ela chegava, e já ia reclamando, sai daí, minha filha que não pode ficar sentada na tela da porta, aí eu perguntava por quê? Disse que o bebê ficava preguiçoso para nascer...*”. E de Flor Liana, que fala sobre seu uso de plantas medicinais, sempre orientado pelas mais velhas: “... *Mas aquelas mulheres mais antigas recomendava a gente para tomar banho, porque disse que era mais fácil quando desse as dores de parto já... Logo, logo abrir as carnes, como diz elas. Aí eu tomava banho, tomei muito banho...*”.

Foi registrado um hábito comum entre as participantes desta pesquisa, no que se refere ao uso de plantas para produção de chás, banhos e remédios caseiros em suas práticas. Das 11 entrevistadas, 3 afirmaram fazer uso de plantas para banhos, chás e remédios caseiros; 3 (27,27%) fazem uso somente dos banhos e chás; 2 (18,18%) usam somente os banhos e apenas 1 (18,18%) participante citou utilizar apenas o consumo de chá. Contudo, 2 mulheres afirmaram não ter feito uso de nenhum dos três tipos de usos citados para as plantas.

Por fim, a Subcategoria *Práticas de cuidado realizadas através de Atendimento Profissional*, com 6 (9%) citações, refere-se ao acompanhamento de médicos, enfermeiros, nutricionista, entre outros profissionais da assistência perinatal. O posto de saúde foi inaugurado na comunidade em 2003, e as participantes destacaram a relevância desses atendimentos profissionais em seus relatos, sendo uma importante forma de cuidado para a comunidade. Das 11 entrevistadas, 6 trouxeram em seus discursos o acompanhamento gestacional ou pós-parto como momentos importantes de cuidado para elas.

À medida que as comunidades rurais enfrentam mudanças sociais, tecnológicas e ambientais, a troca de conhecimentos e práticas de cuidados podem se adaptar para incluir essas novas realidades, assimilando o que antes era considerado “estrangeiras” e incorporando-o ao novo cotidiano. Essas práticas representam a riqueza das interações sociais e a constante evolução das dinâmicas de cuidado no contexto rural.

A Categoria 2 oferece uma visão abrangente das ações de suporte e orientação fornecidas pelas redes de apoio dessas mulheres. A predominância das *Práticas de cuidado realizadas através da Oferta de Suporte*, que incluem auxílio físico e emocional, destaca a importância dessas ações no apoio às mães e na reorganização familiar após o parto. As *Práticas*

*de cuidado realizadas através das Comunicações Oraís* evidenciam a transmissão de conhecimentos geracionais e a importância das conversas e dos conselhos de mulheres mais experientes. Além disso, a incorporação de práticas tradicionais, como o uso de plantas, reflete a coexistência de antigas tradições e a modernização da comunidade. Por fim, essas Práticas de Cuidado demonstram a integração positiva do sistema de saúde na vida dessas mulheres rurais. Essa análise detalhada da categoria destaca a singular teia de cuidado que envolve o ciclo gravídico-puerperal e a constante evolução das práticas de cuidado em resposta às mudanças sociais e tecnológicas.

A Categoria 3, *Transgressão às práticas de cuidado aconselhadas durante o período gravídico-puerperal*, obteve um total de 25 (100%) citações. Suas subcategorias são a desobediência aos conselhos de não execução de esforços físicos, com 12 (48%) citações e recusa ao uso da medicina local, com 13 (52%) citações. A primeira refletiu-se no ato de pegar peso forçando o corpo, e realização de serviços domésticos. Já a segunda assume forma na recusa ao uso da medicina local. Os achados dessa subcategoria foram identificados pelo fato de as entrevistadas receberem orientação para uso de plantas e não as seguir, não pactuação de crenças socioculturais relacionadas à fé, mitos e tradições e o ato de não seguirem os conselhos de restrições alimentares no período gravídico-puerperal.

A compreensão das comunicações orais como práticas de cuidado, apontadas no discurso das participantes, revelou esse conteúdo sobre a não conformidade com certos conselhos. Das 11 entrevistadas, 10 (90,91%) citaram comportamentos de transgressão. Essas transgressões estavam principalmente relacionadas à falta de redução de esforços físicos durante o período gravídico-puerperal e à decisão de não seguir conselhos relacionados à medicina local, incluindo a recusa ao uso de plantas medicinais, a não adoção de determinados alimentos ou a não participação/prática em atividades específicas relacionadas a crenças, costumes e tradições locais.

Alguns exemplos dessas transgressões podem ser ilustrados pelas próprias falas das mulheres, como Flor Manacá, que contou: “... *Aí um dia que eu passei no Jaguarari, foi bem no ganhei um menino bem na Semana Santa... todo mundo comendo peixe lá de tudo, e eu comendo frango, aí pensei: espera aí... Quando tia santa saiu, todo mundo saiu, eu olhei para um lado para o outro não tinha ninguém. Fui lá pegar uma bacia, botei peixe, botei folha, botei arroz com licuri. Botei tudo, chupei melancia e depois lavei a vazia e botei lá*”.

Já Flor Jutirana admitiu ter jogado fora os chás que sua mãe preparava durante sua gestação, indo contra a tradição: “*tomei chá não... mas eu peguei, peguei e joguei no Mato pra mode ela não vê...*”. Flor Trapiá, por sua vez, desafiou essas orientações, enfatizando que fez

exatamente o oposto, incluindo tarefas que lhe foram desencorajadas, o que pode ser confirmado por sua fala: “...*Me diziam assim que não podia lavar a cabeça, não podia comer feijão. Mas só que eu não fiz nada disso, não. Eu fiz tudo ao contrário ...*”.

Esses relatos destacam que a transgressão de práticas tradicionais também faz parte da rica história dessa comunidade, influenciando diretamente o que é ou não mantido como cuidado compartilhado entre as gerações. A transgressão desempenha um papel na redefinição cultural ao longo do tempo, desafiando aspectos considerados irrelevantes para o bem-estar das gerações subsequentes. A busca por mudanças ou a oposição aos modelos existentes faz parte da evolução da sociedade (Garcia, 2007). Portanto, a transgressão pode ser considerada uma prática de cuidado geracional, na medida em que as gerações selecionam o que será transmitido ou não para as gerações futuras.

Contudo, essa categoria revelou um aspecto intrigante e complexo das experiências das mulheres entrevistadas. A não conformidade com conselhos tradicionais e o ato de desafiar práticas estabelecidas são partes significativas da história cultural dessa comunidade. Essas transgressões, que ocorrem principalmente em relação à dieta, esforço físico e uso de plantas medicinais, demonstram uma dinâmica em constante evolução na definição do que constitui cuidado em contextos rurais. A transgressão, longe de ser uma afronta às tradições, pode ser vista como uma prática de cuidado geracional, onde as gerações mais jovens selecionam conscientemente o que será transmitido às próximas gerações, repensando os valores e as práticas culturais que fazem parte de sua história. Isso ressalta a importância da flexibilidade e adaptação no contexto do cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal e sua influência na construção da identidade e cultura da comunidade.

Por fim, a Categoria 4, *Transmissão oral de conhecimentos adquiridos durante o período gravídico-puerperal*, revela a continuidade das práticas de cuidado, que são fundamentais para a saúde das mulheres nessa comunidade. A transmissão informal de conhecimentos, construída ao longo de várias gerações, resultou em um rico conjunto de saberes coletivos que desempenham um papel crucial na preservação da saúde dessas regiões (Santilli, 2003 apud Araújo, 2022). Durante as entrevistas, todas as participantes afirmaram que, após suas próprias experiências, compartilharam ensinamentos com outras mulheres, enfatizando a importância da transmissão de conhecimentos. Por exemplo, na fala de Flor Urtiga-Cipó: “... *Sim. No cuidado com as minhas filhas na gestação delas. Eu sempre dei conselhos, né, para se cuidar...*”.

Essa categoria foi subdividida em quatro subcategorias, a saber: 1) *Conselhos originados da experiência materna*, com 8 (35%) citações; 2) *Conselhos originados de crenças*

*populares e tradições locais*, também com 8 (35%) citações; 3) *Conselhos sobre o uso de plantas medicinais*, com 5 (22%) citações, e 4) *Considerações relacionadas ao planejamento familiar*, com 2 (9%) citações. Cada subcategoria revela a continuidade das práticas de cuidado e como essas práticas permanecem vivas e relevantes na comunidade até os dias atuais.

A subcategoria *Conselhos originados da experiência materna* destaca como o compartilhamento de experiências e emoções desempenha um papel crucial na preparação das novas mães. Flor Malva expressa o profundo amor que sente por seus filhos, afirmando: “... *É um amor que você não tem palavras para explicar..., é um pedacinho da gente ali que você faz tudo por eles...*”. As participantes compartilharam seu amor e dedicação às suas filhas e aos seus filhos, o que influencia as orientações que passam adiante.

A subcategoria *Conselhos originados de crenças populares e tradições locais* demonstra como as crenças e tradições locais continuam a desempenhar um papel significativo nas práticas de cuidado atuais da comunidade. As mulheres compartilharam conselhos relacionados à alimentação, evitando alimentos pesados, enfatizando o cuidado com a dieta para proteção contra energias negativas. Flor Xique-Xique, por exemplo, compartilhou: “...*falei... tivesse cuidado de não estar pegando um peso, nem estar comendo coisa carregada, que ali você está comendo jogado na maldade...*”.

A subcategoria *Conselhos sobre o uso de plantas medicinais* indica que a utilização de plantas medicinais é uma prática comum entre as mulheres da comunidade. Isso demonstra a continuidade dessas tradições de cura, com as mulheres compartilhando conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais para cuidados de saúde, como relata Flor Liana: “... *Tem uma vizinha minha mesmo, que eu fiz quando ela estava grávida, banho de assento, depois o chá da raiz matrúz para ela...*”.

A subcategoria *Considerações relacionadas ao planejamento familiar* surpreendeu pela forma inesperada como o conhecimento está sendo transmitido como prática de cuidado entre as mulheres. Envolve a conscientização sobre o planejamento familiar e os desafios de ser mãe em uma realidade complexa, incentivando as futuras gerações a considerarem cuidadosamente a quantidade de filhos, constatado pela fala de Flor Urtiga-Cipó sobre conselhos para as filhas: “... *eu digo para elas, vocês evitem, procura evitar da máxima maneira para não engravidar, porque hoje é mais complicado, não é?...*”.

Em resumo, a Categoria 4 destaca a tradição viva de cuidados em saúde para as mulheres durante seus ciclos maternos. A riqueza das práticas de cuidado que atravessam gerações é um testemunho da resiliência e da adaptabilidade dessa comunidade, que continua a valorizar e compartilhar seu conhecimento para o benefício das gerações futuras. Essa transmissão oral de

conhecimentos desempenha um papel fundamental na preservação das práticas de cuidado tradicionais, mostrando a força da cultura local e seu impacto nas experiências das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que a maternidade é uma construção social, que sofre influência direta da cultura e do momento que se vive, sofrendo, então, transformações no decorrer da história. Este estudo oferece uma visão das experiências de maternidades, a partir da construção de práticas de cuidado embasadas nos valores historicamente presentes na cultura específica dessa comunidade rural no Semiárido baiano. As mulheres emergem como verdadeiras guardiãs desses conhecimentos geracionais, desempenhando um papel relevante na manutenção e transmissão dessas práticas de cuidado.

As descobertas destacam o importante papel das redes de apoio, a imponente presença materna como figura principal de cuidado, a contínua transmissão de conhecimentos ao longo do tempo, adaptando-se às mudanças e aos desafios enfrentados pelas gerações subsequentes. Além disso, demonstram como práticas de cuidado consideradas “ocidentais” podem ser incorporadas ao cotidiano das comunidades tradicionais. Isso enfatiza que o sucesso das ações de cuidado está na coexistência e no respeito aos saberes diversos, reconhecendo o valor de cada um.

Essas considerações fornecem arcabouço referencial valioso, não apenas para os profissionais de saúde e pesquisadores, mas também para aqueles que desejam compreender as dinâmicas singulares dos cuidados em saúde nos contextos rurais. Desse modo, contribui para o planejamento de ações direcionados à saúde e bem-estar das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, levando em consideração as necessidades e os valores socioculturais dessas populações de maneira mais sensível.

Em resumo, os cuidados no ciclo gravídico-puerperal de mulheres rurais devem ser adaptados às condições específicas dessas áreas, levando em consideração os desafios de acesso, os recursos limitados e as necessidades das mulheres e suas famílias. O apoio da comunidade, a educação em saúde e o acesso a serviços de qualidade desempenham papéis essenciais na promoção da saúde materno-infantil nessas regiões.

Concluindo, esta pesquisa visa contribuir para incentivar novos estudos e intervenções que possam aprimorar a saúde materna em contextos rurais. Reconhecendo a riqueza e a força dos cuidados geracionais que transcendem as barreiras do tempo, ela estabelece uma conexão

que une o passado, o presente e o futuro, destacando a importância de preservar e respeitar os saberes tradicionais no contexto do ciclo gravídico-puerperal.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Tuanne Vieira; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional/Main Physiological and Psychological changes during the management period. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 14, n. 49, p. 114-126, 2020.

ARAÚJO, Juliana Pereira de. **A floresta como cura: mulheres, conhecimentos tradicionais e a promoção da saúde em comunidades da floresta nacional de Tefé**. 73 f. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2022.

ARAÚJO, Natalúcia Matos et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 552-558, 2012.

BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 247-254, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves; DE OLIVEIRA, Guilherme Saramago; GHELLI, Kelma Gomes Mendonça. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 43, 2021.

CNPCT. CONSELHO NACIONAL DOS POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS. **Cartilha da CNPCT**. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/acesso\\_informacao/povos\\_comunidades\\_tradicionais/II\\_encontro/Cartilha%20CNPCT.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/acesso_informacao/povos_comunidades_tradicionais/II_encontro/Cartilha%20CNPCT.pdf)> Acessado em: 01/12/2023

DA SILVA SOUZA, Luciana Vitor et al. Socioeconomic factors influencing knowledge and consumption of food plants by a human group in a mountainous environment in the semiarid region of Bahia, Northeast Brazil. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, v. 18, n. 1, p. 44, 2022.

DE MELLO GUIMARÃES, Soraia; GONÇALVES, Raquel Quirino. Relações de gênero e divisão sexual do trabalho no meio rural: interlocuções com o movimento social “Marcha das Margaridas”. **Revista Brasileira de Educação do Campo**, v. 2, n. 1, p. 231-251, 2017.

DE MORAES, M. H. C. **Psicologia e Psicopatologia Perinatal: Sobre o (Re)Nascimento Psíquico**. 1. ed. Apris: Curitiba, 2021.

DE SOUZA, Maira Ribeiro; DE LORETO, Maria das Dores Saraiva; DE FÁTIMA EUFRÁSIO, Luciana. As dimensões do cuidado no âmbito da economia feminista: Um olhar sobre o trabalho das mulheres rurais no contexto da agricultura familiar. **Emancipação**, v. 23, p. 1-19, 2023.

DUTRA, Maria; FARIA, Hila. A REDE DE APOIO COMO FORMA DE PREVENÇÃO À DEPRESSÃO PÓS PARTO. **Cadernos de Psicologia**, v. 4, n. 8, 2023.

- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 6ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.
- GARCIA, Narjara Mendes et al. Educando meninos e meninas: transmissão geracional da pesca artesanal no ambiente familiar. **Psicologia da Educação**, n. 25, 2007.
- MALDONADO, Maria Tereza. Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor. **São Paulo: ideias & letras**, p. 27-123, 2017.
- MARMENTINI, Joice Schneider. **Acolhimento, afeto e escuta: a promoção da saúde mental a partir do trabalho da Emater/RS-ASCAR nos grupos de mulheres rurais**. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Desenvolvimento Rural da UFRGS, 2022. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/250386>
- PRATES, Lisie Alende et al. “Vem passando de geração para geração”: as práticas de cuidados de mulheres quilombolas. **Rev. enferm. UFSM**, p. [22]-[22], 2019.
- TOMELERI, Keli Regiane; MARCON, Sonia Silva. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 22, p. 272-280, 2009.
- ZANELLO, V.. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. v. 1. 303p .

## DISCUSSÃO GERAL

Ao se explorar a narrativa da história do parto, da medicalização do corpo feminino, da transmissão de conhecimentos geracionais e das práticas de cuidado compartilhadas entre mulheres do campo em seus ciclos gravídico-puerperais, há um convite à reflexão histórica sobre a posição que as mulheres têm ocupado ao longo dos séculos. Ao seguir essa linha temporal, reafirma-se como o gênero é um poderoso determinante social e, por isso, deve ser levado em consideração em todas as análises e compreensões realizadas sobre a vida em sociedade (Patel, 2005; Zanello, 2018).

De acordo com o renomado filósofo francês Michel Foucault, que realizou análises significativas no campo da saúde sobre as relações de saber-poder, os conhecimentos emergiam a partir das condições de possibilidades externas ao próprio saber, que ele nomeou de “*Epistémê*”, uma espécie de chão arqueológico em que se encontra um conjunto de regras ou expectativas que devem ser seguidas pelos saberes para tornar possível a veiculação de seus conhecimentos (Machado, 2017). O conhecimento sem a *Epistémê* não ganha “corpo”, perdendo a possibilidade de ser transmitido, e, se não é transmitido, não permanece vivo (Foucault, 2017).

Em outras palavras, Foucault buscou entender como os discursos surgiram e foram legitimados. Essa análise histórica que tenta explicar a existência dos saberes e suas transformações é chamada Arqueologia do Saber e coloca esses saberes como peças nas relações de poder. Foucault ainda complementa o exercício dessa Arqueologia com o projeto de uma Genealogia do Poder, afirmando que todo saber tem sua gênese em relações de poder, não havendo relações de poder sem constituição de um campo de saber (Foucault, 2017; Cavaler; Beiras, 2022).

Foucault (Machado, 2017) concebe o poder como uma prática social constituída historicamente, sendo as formas de exercício de poder instrumentos que podem explicar a produção de saberes. Para ele, o poder está em todas as relações (familiares, amigos, trabalho), em seus mais variados discursos. Todo saber assegura o exercício de um poder. Dessa perspectiva, é possível inferir que a transmissão de conhecimentos geracionais, compreendida também como uma forma de produção de saberes, possui suas próprias relações de poder e precisaria estar circunscrita a uma *Épistemê* para então estar apta para ser veiculada entre as mulheres.

Essa transmissão demonstra que saber e poder se implicam mutuamente. Todo saber transmitido constitui uma nova relação de poder, e sem essa relação de poder o saber não

emerge. Independentemente do quanto seja valoroso, se não estiver submetido ao campo de possibilidades, a prática de cuidado entre as mulheres não terá grandes chances de ser consolidada e perpetuada entre as gerações (Machado, 2017).

É importante destacar que grande parte da obra foucaultiana foi dedicada a compreender a expressão do poder na sociedade moderna, o que levou o autor a descrever o funcionamento de uma série de dispositivos disciplinares, compreendidos como métodos que permitem o controle minucioso das operações dos corpos ou micropoderes. Dessa maneira, realizam constantes sujeições de suas forças e impõem uma relação de “docilidade-utilidade” através da vigilância fundamentada em saberes racionais e normativos que visam sempre a maior eficiência desse corpo de forma extremamente sutil e disseminada, alcançando assim a tudo e a todos (Baraculy; Pereira, 2013).

Essa teia de micropoderes possui poder de ação muito maior sobre os indivíduos do que o macropoder (Estado), um poder horizontalizado que penetra nas vidas cotidianas, realizando, assim, um controle detalhado, minucioso dos seus gestos, das suas atitudes, dos seus comportamentos, hábitos e discursos (Ferla et al., 2011).

Cavaler e Beiras (2022) retomam a discussão importante do gênero como marcador social, pois a produção de verdades em torno desses marcadores definiu o masculino e o feminino de maneira hierárquica, atribuindo interpretação de subserviência aos corpos femininos e garantindo controle dos homens e instituições sobre as mulheres, inclusive produzindo sua morte como um efeito necessário à manutenção de “ordem” de gênero.

Dito isso, observa-se como o corpo feminino tem carregado o peso desse controle (de forma micro e macroscópica), que há séculos dita regras e normas do que deve ser considerado “mulher de verdade”. Esses conceitos são embasados no desejo de satisfação misógino, machista e patriarcal, em que a maior porcentagem das sociedades ainda vive, afastando as mulheres de alcançarem verdadeiramente direitos de equidade social.

A organização social se baseia em uma estrutura que mantém a desigualdade de gênero. As pessoas são imersas em uma lógica androcêntrica que é fruto de um processo histórico de muito feminicídio. Não são poucas as intervenções que seguem contribuindo para o adestramento dos corpos às normas de gênero, sobretudo os das mulheres. A isso Foucault chamou Biopolítica, um controle que produz comportamentos, pessoas dóceis, rege as condutas e garante o funcionamento da sociedade (Cavaler; Beiras, 2022).

Essa política da vida cria um “olho invisível”, como o Panóptico de Bentham trabalhado por Foucault em uma de suas obras, uma estrutura arquitetônica que tudo vê de forma tão permanente, sem, no entanto, ser visto. Isso condiciona de tal modo que o indivíduo desenvolve

sobre si mesmo a visão totalizante de quem olha, a ponto de esse “vigia” crescer tanto internamente que sua presença externa se torna dispensável, caracterizando assim uma sociedade de vigilância. Pode-se correlacionar esse tipo de poder à constante ameaça de violência que as mulheres vivem. O medo do estupro e da morte as faz viver em constante vigilância, disciplinadas e dentro das teias de poder estipuladas pelas normas de gênero (Machado, 2017; Cavaler; Beiras, 2022).

Outro exemplo factual que pode ser citado diz respeito à história do parto: como ao longo do tempo a mulher vem transitando entre os espaços, sendo “conduzida” pela imposição do masculino. A violência obstétrica caracteriza-se também como uma violência de gênero, uma vez que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes. A institucionalização do parto abriu espaço para que se estabelecesse uma relação de poder/hierarquia entre o médico e a parturiente, potencializado pelas relações de gênero e poder enraizadas no meio social (Serra; Batalha, 2019).

A violência obstétrica na medicalização do parto se revela como uma imposição de valores patriarcais, principalmente ao caráter “defeituoso” direcionado ao corpo feminino, o qual somente o médico “conserta”, e a necessidade de controle de processos naturais pela medicina e ciência. Nesse sentido, na contemporaneidade, emergem vários discursos produzidos com o escopo de cuidado e proteção do corpo feminino, politizando a maternidade e deslocando a mulher da posição de sujeito a objeto durante o parto, transformando-a em um corpo passivo, gerando a dificuldade em reconhecer determinadas práticas intervencionistas como violência obstétrica (Serra; Batalha, 2019).

Com Foucault (2017), aprende-se que o poder não está intrinsecamente relacionado com a destruição ou com algo ruim ou negativo, apesar de essa ser a sua forma mais conhecida. O poder não é uma coisa, mas, sim, uma prática social, e como tal constituída historicamente. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede de poder, e como onde há poder há resistência, encontrou-se, nos resultados desta pesquisa, a prática das transgressões, em que as mulheres levantaram resistência às relações de poder existentes na transmissão das práticas de cuidado geracionais realizadas, por exemplo, entre mãe e filha. Esse comportamento de transgredir influencia historicamente nas práticas que são ou não perpetuadas e nas verdades que cada geração irá construir.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a transmissão de cuidados geracionais se mostra como importante recurso de promoção de cuidados direcionados à mulher, sobretudo durante o ciclo gravídico-puerperal, onde constata-se a imponente presença feminina, sobretudo a materna, como figura principal de cuidado. Além disso, observa-se como essa prática vem se adaptando às mudanças e aos desafios impostos pela chegada das tecnologias “ocidentais”, demonstrando que ambos os saberes podem coexistir de forma harmônica, quando há o reconhecimento e respeito do espaço de cada um deles.

Sobre a função “cuidado”, conclui-se que cuidar é um trabalho, exige dispêndio de energia física e psíquica, no entanto, até os dias atuais, coloca-se uma “capa afetiva” que transforma esse exercício em “espontaneidade” ou “instinto”, o afastando de sua real gênese oriunda da construção social, fruto de um processo de subjetivação, ao qual a cultura presta sua grande contribuição. O trabalho de cuidar foi idealizado e associado ao amor mais do que ao ato do trabalho em si, e isso abre caminhos para o não reconhecimento e adoecimentos.

A história das mulheres e de seus partos é marcada por séculos de desafios permeados pelas perspectivas tradicionais de gênero, processos de dessubjetivação, busca por transformações sociais e lutas frequentes por direitos alcançados, mas não vivenciados no cenário social da cidadania feminina.

Recentemente, duas novas leis foram aprovadas referentes à assistência à saúde da mulher. A primeira, Lei n.º 14.721, de 08 de novembro de 2023 (Brasil, 2023a), trouxe garantia de assistência psicológica a gestantes e puérperas, ampliando também sua abordagem para o desenvolvimento de atividades de educação e conscientização a respeito da saúde mental no período da gravidez e do puerpério. A segunda, Lei n.º 14.737/23, de 27 de novembro de 2023 (Brasil, 2023b), trouxe às mulheres o direito de serem acompanhadas por pessoa maior de idade durante todo o período do atendimento em unidades de saúde, públicas ou privadas.

Apesar de a mulher ter conquistado vitórias importantes até o momento atual, ainda existe um caminho enorme a ser percorrido. A base material do patriarcado segue impondo suas normas a todas, todos os dias. Por fim, problematizar essas questões e promover novos estudos se torna relevante para pensar formas de continuar avançando de forma eficaz e inclusiva nas políticas sociais.

## REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Michele Cruz. **Um estudo sobre educação popular: usos e conhecimentos sobre plantas medicinais por mulheres de Petrópolis - RJ**. Dissertação (Mestrado em Educação Agrícola) – Instituto de Agronomia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, fl. 7., 2023.
- BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira M. Bagatin. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **REMEA-Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, v. 27, 2011.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Scarlet. As parteiras-chefes da maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? **Revista Estudos Feministas**, v. 10, p. 403-413, 2002.
- BORDIN, Tamara Maria. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. **Saberes: Revista interdisciplinar de Filosofia e Educação**, n. 10, 2014.
- BRANCO, Rosele. Medicina e saúde em o nascimento da clínica de Michel Foucault. **Sapere Aude**, v. 12, n. 23, p. 102-113, 2021.
- BRASIL. **Lei Nº 14.721**, de 08 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023a.
- BRASIL. **Lei Nº 14.737**, de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf) Acessado em: 20/11/2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf) Acessado em: 20/11/2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://transformatoriomargaridas.org.br/sistema/wp-content/uploads/2015/02/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Integral-das-Popula%C3%A7%C3%B5es-do-Campo-e-da-Floresta.pdf> Acessado em: 20/11/2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf) Acessado em: 20/11/2023
- BRENES, A. C. ; A história do parto e seus cuidados. **Anais ANPUH - MG**, Belo Horizonte, 2002.

- BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 135-149, 1991.
- CAVALER, Camila Maffioletti; BEIRAS, Adriano. Sobreviver na teia de poderes: do controle sobre a vida ao direito sobre a morte dos corpos femininos. **Interação psicol**, p. 322-331, 2022.
- CNPCT. CONSELHO NACIONAL DOS POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS. **Cartilha da CNPCT.** Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/acesso\\_informacao/povos\\_comunidades\\_tradicionais/II\\_encontro/Cartilha%20CNPCT.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/acesso_informacao/povos_comunidades_tradicionais/II_encontro/Cartilha%20CNPCT.pdf)> Acessado em: 01/12/2023
- COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 154-160, 2009.
- COSTA, Ana Cristina Freitas da. Trajetória do parto nas décadas de 70, 80, 90 e século xxi: discursos de mulheres e a construção de práticas. 2018.
- COUTINHO, Priscilla Lauret. **De parteiras a matriarcas: histórias de opressão e luta da mulher na cidade presépio.** Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino de Humanidades) – Instituto Federal do Espírito Santo, 178 f., 2023.
- DA ROCHA SCHIFFLER, Ângela Carla; ABRAHÃO, Ana Lúcia. O cuidado na perspectiva singular das parteiras da região amazônica: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 3, p. 256-267, 2017.
- DE SOUSA, Robson Simplicio; DO CARMO GALIAZZI, Maria. A categoria na análise textual discursiva: sobre método e sistema em direção à abertura interpretativa. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 9, p. 514-538, 2017.
- DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia.** São Paulo: Editora UNESP 2015
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005.
- DOS SANTOS, Roselí Alves et al. Mulheres agricultoras e urbanas na produção e consumo de plantas medicinais–resgate de saberes. **Geographia Opportuno Tempore**, v. 1, n. 4, p. 114-124, 2015.
- FERLA, Alcindo Antônio; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. Medicina e hospital. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, p. 487-500, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 6ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017
- GOMES FEITOSA, Pedro Walisson et al. Uma História de Passagem: Um Breve Ensaio sobre Mulheres Parteiras. **Id on Line. Revista de Psicologia**, v. 16, n. 61, 2022.
- HUNTINGTON, H. P. Using Traditional Ecological Knowledge in Science: Methods and Applications. **Ecological Applications**, v. 10, n. 5, p. 1270-1274, 2000.
- MACHADO, R. **Introdução.** In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 6ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017
- NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 651-657, 2005.
- NETTO, Amazile Lopéz; MARQUES, Juracy. **Ecologia Humana em Ambientes de montanha.** Paulo Afonso: Editora SABEH, 2017.

- PATEL, Vikram. Gender and mental health: a review of two textbooks of psychiatry. **Economic and Political Weekly**, p. 1850-1858, 2005.
- SALIM, Natália Rejane et al. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 628-634, 2012.
- SERRA, Maiane Cibele de Mesquita; BATALHA, Glaucia Fernanda Oliveira Martins. Do poder disciplinar ao biopoder: medicalização do parto a partir da incidência de cesarianas. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, v. 5, n. 2, p. 74-95, 2019.
- SEVERO, R. D. et al. Vivências de puérperas em relação ao parto assistido por enfermeiras obstétricas. **Research, Society and Development**, v. 10, 2021.
- SILVA, Brisana Indio do Brasil de Macêdo et al. Produção da Psicologia no Brasil sobre mulheres rurais: revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 163-178, 2019.
- SOLIS VÁSQUEZ, Paola Lisbeyt; TAPIA BARDALES, Leydi Karol. **Prácticas relacionadas con el uso de plantas medicinales en el trabajo de parto y puerperio puesto de salud miramar-región la libertad Abril 2015**. Tesis (Mestrado em Educação Agrícola) – Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia - Universidad Privada Antenor Orrego, fl. 73., 2015.
- SOUZA, Ana Clara Alves Tomé de et al. Violência obstétrica: uma revisão integrativa. **Rev. enferm. UERJ**, p. e45746-e45746, 2019.
- TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1341-1353, 2014.
- TOMAZ, Renata. Feminismo, maternidade e mídia: relações historicamente estreitas em revisão. **Galáxia (São Paulo)**, p. 155-166, 2015.
- VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni **A medicalização do corpo feminino**. 3ª reimpressão: Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020.
- VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.
- ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017.
- ZANELLO, V.. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. v. 1. 303p .
- ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis**. **New Jersey: Prentice Hall**. 4 ed. 1999. 663 p.