

PARTO NOSSO DE CADA DIA: UM OLHAR SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA

Monise Gleyce de Araujo Pontes²⁹
Gigliola Marcos Bernardo de Lima³⁰
Izayana Pereira Feitosa³¹
Janaína Von Söhsten Trigueiro³²

RESUMO

O parir e nascer são eventos naturais, envoltos por significados culturais diversos, que acompanham a história da própria humanidade, e, particularmente, da própria mulher. A historicidade da assistência ao parto inicia-se com a acumulação do saber inato das próprias mulheres que auxiliavam as parturientes durante o nascimento. Estudo desenvolvido a partir da reflexão dos autores quanto às transformações, levando-se em consideração os procedimentos adotados na assistência obstétrica através dos anos. Objetivando-se avaliar como ocorreu a evolução da parturição frente às mudanças no modelo assistencial obstétrico. Apresenta-se metodologicamente como uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica, foram selecionados artigos e outras produções científicas (dissertações e teses) em base de dados nacionais, utilizando-se os seguintes descritores: mulher, parto, humanização. Presentes em pesquisas acadêmicas tendo como eixo condutor o conhecimento da evolução histórica a premissa do conceito de assistência ao parto. Como resultados e discussões, reconhecemos que o cuidado direcionado ao binômio mãe-filho, no momento do nascimento, sofreu grandes transformações historicamente, decorrentes entre outras coisas de sua institucionalização, medicalização, inserção tecnológica e da medicina, que somados tornaram este processo mecanizado e impessoal. O conceito do modelo humanístico fortalecido pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) é baseado nas Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que busca a implementação de práticas que visem à promoção de partos e nascimentos saudáveis. Consideramos que a assistência obstétrica ideal tem um percurso ainda minucioso pela frente, que será consolidado apenas quando cada ator envolvido neste processo entender o seu papel na cena, gerando, com este enfoque, uma assistência menos intervencionista, que promova o empoderamento materno e garanta à mulher sua autonomia e a preservação de seus direitos.

Palavras-chave: História. Parto. Mulher. Obstetrícia.

²⁹ Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Pós-graduanda em Avaliação em Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFSCPA. Endereço: Rua José Hinaldo Bezerra, n. 210, Bairro Maria Faustino- Nova Floresta- Paraíba. Tel.: (83) 9630-1771. E-mail: monise_gleyce@hotmail.com.

³⁰ Obstetiz. Mestre em Saúde Pública. Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

³¹ Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Universidade Federal de Campina Grande (Centro de Educação e Saúde) e Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Desenvolvimento Sócio-Moral da UFPB.

³² Fonoaudióloga e Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

INTRODUÇÃO

Até meados da década de 1980, as políticas de saúde voltadas para a mulher eram precárias, englobando-a apenas na sua função de reprodutora e mãe, deixando um grande abismo no que se referia a outras questões de saúde.¹ Durante muitos anos, o Brasil se manteve imparcial quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. A política vigente voltada para essa população se baseava no Programa Materno-infantil criado em 1977, que se restringia à prevenção da gestação de alto risco, não levando em conta outros aspectos relevantes.²

Só em 1983, com a fundação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o sistema de saúde passou a contemplar um modelo de assistência baseado nos princípios de equidade e integralidade, os quais abrangem as mulheres nas mais diversas áreas e em todos os seus ciclos vitais.³

Essa mudança no modelo assistencial foi essencial para o estabelecimento de melhorias, refletido nos indicadores epidemiológicos referentes à condição da mulher no Brasil, adquirido graças à luta dos movimentos feministas.⁴ Na perspectiva de continuar avançando politicamente, a saúde da mulher no Brasil deixa de ser norteadada por um programa de governo e passa a ser regida por uma política de Estado e, assim, surge, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).⁴

Entre os eixos temáticos da PNAISM encontram-se o incentivo, a promoção da saúde, além do incentivo à assistência humanizada. Nesse sentido, surge em 2000, o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), apresentando como metas o atendimento humanizado e integral à gestante nos

serviços públicos de saúde, visando qualificar o cuidado e diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal.⁴

Neste contexto, verifica-se que, com o passar do tempo, as políticas de saúde suscitaram transformações acerca da percepção do ciclo gravídico-puerperal. Os profissionais de saúde tomaram o lugar da educação passada de geração para geração, porém, com tanta informação disponível e o suposto 'melhor' acompanhamento dessas grávidas, o que se tem visto é que grande parte desta assistência não é cumprida plenamente.⁵

A relação de gênero é geralmente transformada em desigualdades que tornam o ser mulher vulnerável à invisibilização e à exclusão social. O atendimento à mulher durante a gestação e o parto expressa claramente as relações sociais e políticas que dizem respeito à interação assimétrica e hierárquica entre desiguais, já que parte do princípio de que o corpo feminino é normalmente defeituoso e dependente da tutela médico-cirúrgica e dá sustentação à relação entre poder e gênero que acontece nas cenas da assistência ao pré-natal.⁵

Se anteriormente a gestação e o parto transcorriam em família, sob fortes vínculos afetivos, atualmente, ocorrem, em sua maioria, em hospitais que transformaram os vínculos em contatos superficiais. A obstetrícia firmou-se como matéria médica na formação profissional e institucionalizou-se, assim, o parto hospitalar, intensificando sua intervenção.²

Esse crescente aumento de submissão feminina ao parto hospitalar fez com que a mulher, aos poucos, deixasse para trás seu instinto natural, perdendo assim sua autonomia para viver a gestação e assumindo um

papel passivo durante o momento do parto.⁵

A violência da imposição de rotinas, da posição da mulher no trabalho de parto e parto, bem como as interferências obstétricas desnecessárias, perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres percebam a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor.⁶

Durante muito tempo, a mudança no contexto referente ao parto e nascimento se deu de forma passiva, não trazendo grandes discussões para a sociedade sobre a inversão de papéis entre a mulher e a equipe médica. Porém, com o passar do tempo, foi-se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto e nascimento influenciou de forma negativa as experiências da maternidade. Baseado neste princípio, este estudo tem como objetivo avaliar como se deu a evolução da parturição frente às mudanças no modelo assistencial, assim como reconhecer, historicamente, as transformações que o cuidado direcionado ao binômio mãe-filho vem sofrendo.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada reporta-se a uma revisão bibliográfica, realizada através de pesquisa de obras identificadas na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando a base de dados eletrônica LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), além de consultas a sites de órgãos oficiais na internet.

Foram encontrados 31 artigos abrangendo obras do período de 1992 a 2009, tendo como eixo condutor o conhecimento da evolução histórica, a premissa do conceito de assistência ao parto, destes foram utilizados 15 artigos. Os critérios de inclusão são os artigos que estavam disponíveis gratuitamente, os disponibilizados para leitura na íntegra, os disponíveis em língua portuguesa e os pertinentes ao tema da pesquisa.

Os descritores empregados foram: mulher, parto, humanização. Posteriormente à triagem dos estudos, realizou-se a leitura na íntegra, a documentação e, finalmente, o fichamento dos materiais selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As transformações da assistência: o fim da feminização do parto

Ao analisar a histórica do parto a partir do século XX, vemos quão pequeno foi o espaço para tantas mudanças em sua forma de assistência. A parturição, antes apreendida como um momento íntimo e familiar, enfatizado no processo cultural, em que predominava um modelo de atenção feminina, passou a ser executada dentro do hospital, num modelo masculino de cuidado, mais preocupado com o domínio de práticas intervencionistas do que com as necessidades do corpo materno.⁸

Na cultura social mais antiga, o parto se mantinha como um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico, ficava a cargo das parteiras. Quando havia complicações ou dificuldades, os cirurgiões-parteiros eram chamados a intervirem, mas essas intervenções eram tão ineficazes quanto às das parteiras e, normalmente, o papel dos mesmos era retirar um feto vivo de sua mãe morta.⁹

No fim do século XIX, os obstetras se empenharam para promover as transformações da assistência ao parto, passando a incentivar para que este fosse atendido no ambiente hospitalar, onde eles tinham autonomia e, assim, podiam controlá-lo.

É importante compreender que este domínio não foi fácil. A hospitalização do parto contou com a resistência brusca das mulheres, que se negavam a deixar suas casas para dar à luz em enfermarias de hospitais. A consolidação da presença do médico na cena do parto associa-se à criação de um instrumental próprio e de práticas cada vez mais intervencionistas, uma vez que a usavam para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade em relação às parteiras, que realizavam somente manobras e diagnósticos utilizando as mãos.¹⁰

É notório que esta perseguição às parteiras, sua desqualificação e seu banimento também fizeram desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos.¹¹ As que recorriam ao hospital para dar à luz eram, em sua maioria, aquelas que não tinham posição social, eram pobres e sozinhas, e procuravam a maternidade em último caso. Até o início do século XX, o costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu restrito às elites e classes médias urbanas.¹²

Convém destacar que os primeiros partos hospitalares eram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais, as maternidades foram criadas na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XX⁸, atraindo um número maior de mulheres à medida que o atendimento

melhorava em qualidade e segurança, devido à assepsia, ao uso de anestesia durante o trabalho de parto e às operações obstétricas que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e potencialmente perigosos.¹³

A obstetrícia moderna é caracterizada em três dimensões: Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto; segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam, dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente.¹³

Infere-se que a mudança mais perceptível na cena do parto esteja ligada à posição da parturiente, já que a medicalização no momento do trabalho de parto fez com que a mulher ficasse deitada, permanecendo assim também no momento da expulsão do feto, em que a parturiente, influenciada pelo médico, adota a posição litotômica, para que este possa visualizar melhor o canal vaginal, assim como facilitar sua manipulação. Ao deitar-se na cama, com as pernas para cima, a mulher se configura como coadjuvante e o médico torna-se o ator principal do parto.¹³

A adoção da posição horizontal fez com que várias outras intervenções fossem necessárias, por impedir o movimento da mulher, fazendo com que as dores sejam intensificadas, justificando-se assim a aplicação de anestesia, o que a impossibilita de participar ativamente do parto. Além disso, esta posição faz com que o músculo perineo não relaxe,

contribuindo para o aumento das taxas de episiotomia.¹³

No Brasil, o modelo de assistência ao parto se dá sob duas esferas institucionais: a pública e a privada. Enquanto os serviços públicos oferecem o parto normal intervencionista, os serviços privados apresentam às suas pacientes a cesariana, como marca de diferenciação e modernidade.¹

Alguns autores defendem que a hospitalização do parto não consegue lograr seu objetivo fundamental, qual seja minimizar os riscos do processo de parturição, porque viabilizam outros riscos para a mulher, como a violência verbal, a negligência, a imprudência, as intervenções desnecessárias e a iatrogênicas, a humilhação, as ameaças, o isolamento, a solidão e o medo.

Na construção do sistema de saúde no Brasil, o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, características que exercem impacto na elaboração, implantação e monitoramento de políticas do setor, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular.¹⁰

A mudança do modelo assistencial é, principalmente, uma alteração do ator principal da cena do parto. Infere-se que, no modelo tecnocrático, o médico é o ator principal, a ele cabe a condução ativa do trabalho de parto; no modelo humanístico, a gestante é a atriz principal e inúmeros outros atores são incluídos: o acompanhante, a enfermeira obstétrica e a doula, que se configura como uma assistente da mulher na parturição. Neste modelo, todos os envolvidos no processo de nascimento, apóiam e dão suporte ao trabalho de parto, que é realizado pela própria mulher.¹¹

Neste contexto, entendemos que diálogos referentes à inversão de

papéis entre a mulher e a equipe médica se deram de forma passiva, não trazendo grandes discussões para a sociedade. Porém, com o passar do tempo, foi se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto e nascimento influenciou de forma negativa as experiências da maternidade

As perspectivas da assistência: A humanização do parto e o resgate da autonomia feminina frente ao processo parturitivo

Em 2013, o filme “O Renascimento do Parto” foi lançado em meio a duras críticas à institucionalização do parto, retratando a grave realidade obstétrica mundial e, especialmente a brasileira, caracterizada por altos índices de cesarianas ou de partos intervencionistas, em contraponto com as evidências científicas. A obra, que já foi exibida em todo o país com recorde de público, faz uma reflexão acerca do novo paradigma do século XXI e sobre o futuro de uma geração nascida sem os chamados “hormônios do amor”, liberados apenas em condições de trabalho de parto peculiares.¹⁴

Já em 2010, foi realizada em Brasília-DF a última edição da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, que oportunizou a discussões, sobretudo relacionadas à redução da morbimortalidade materna e perinatal; redução dos índices de cesarianas desnecessárias; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; a humanização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto¹⁵.

Tais acontecimentos representam momentos históricos importantes na militância em defesa da autonomia feminina frente ao parto, convido para se conhecer ideias e

experiências baseadas no modelo humanístico, vindas de diversas regiões do país e do mundo.

O conceito de humanização, no qual se fundamenta o modelo humanístico, defendido e debatido, inclusive, nas ações propostas no filme e na Conferência citados, e tantos outros eventos relevantes ao tema, é amplo e polissêmico, envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbimortalidade materna e fetal.¹¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu recomendações que, em 2000, foram publicadas no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS), sob o título Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático, enviado para todos os médicos ginecologistas/obstetras e enfermeiras obstetrizes do país. As recomendações, resumidamente, dividem-se em quatro categorias: A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada; D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado. As “Recomendações da OMS” tornaram-se as grandes referências para os defensores da humanização do parto, e alguns desses temas viraram bandeiras políticas para campanhas no Brasil, inclusive para a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).⁴

Desde a implantação do PHPN, a assistência à gestante no Brasil

baseia-se nos princípios da humanização. A Portaria nº 1.067, de 6 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, afirma que:

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.⁴

Esta atenção reafirma o que prioriza a OMS, que, entre outras condutas, estimula: a presença do acompanhante, a oferta de ingesta hídrica, o uso de técnicas não invasivas para alívio da dor, a liberdade de movimentação e adoção de posturas verticais, no trabalho de parto e parto, condutas estas, muitas vezes, não respeitadas.⁴

A principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério à gestante e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, como condição primeira para o adequado acompanhamento ao parto e do puerpério.¹⁶

Muitas vezes, as práticas humanizadas são dificultadas ou impedidas pela organização hospitalar, pois quanto mais a instituição adotar uma política humanizada do parto,

maior o risco de a organização ser corresponsável em algum resultado adverso. Para a correta implementação das políticas de humanização do parto, é imprescindível dizer que esta só será realmente desenvolvida quando, além da organização hospitalar, toda a equipe se envolver em prol desta assistência, pois, o obstetra não é o único a realizar procedimentos vistos como intervencionistas, estão inclusos também, por exemplo, a ação de anestesistas e pediatras.⁴

Entre as medidas normatizadas pelo Ministério da Saúde, que objetivam a adoção das práticas humanizadas, está o reconhecimento das enfermeiras obstetras na atenção ao parto normal. Desta forma, a obstetrícia tem oferecido à enfermagem a valorização de seu cuidado, assim como a expansão do mercado de trabalho, inclusive o liberal, já que o parto sem dor pode ser realizado na própria casa da parturiente.¹⁶

As formas como o parto e o nascimento são vistos atualmente decorrem de um longo processo de transformação pessoal, cultural, social e político. Para desmistificar a passividade e a dor, é primordial que cada um reconheça o seu lugar no momento da parturição, não permitindo que o papel principal seja retirado da mulher. A obstetrícia atual, baseada em tecnologias que supostamente melhoram a assistência em relação àquela adotada até o século XX, pouco tem influenciado para a qualidade do atendimento.¹⁶

Embora, a humanização da assistência ao parto venha sendo um tema bastante debatido na atualidade, o caminho que se tem até a sua concretização é longo e minucioso.

A assistência adequada à parturiente representa um fator necessário para que esta possa

vivenciar a maternidade com dignidade. A equipe que a assiste deve ser capaz de acolher não só a mulher, mas a sua família, de forma a respeitar o significado deste momento, e permitindo que a mulher exerça sua autonomia materna, facilitando a constituição do vínculo entre equipe/gestante e garantindo a prática de ações que valorizem a humanização da atenção no parto institucionalizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados expostos, podemos concluir que, no decorrer da história, o significado cultural relativo ao nascimento foi alvo de grandes modificações. Após a inserção masculina no âmbito da parturição, o que antes era visto como um processo feminino naturalmente fisiológico passou a receber fortes investidas cada vez mais intervencionistas, até a reformulação da assistência à saúde da mulher pelo PAISM. Os cuidados direcionados ao público feminino só contemplavam sua função reprodutora, neste momento da história, a assistência baseada no enfoque humanístico ainda não era valorizado.

Com o intuito de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o modelo tecnocrático foi ganhando espaço e adesão nos serviços de saúde. Apesar de reconhecer a importância dos avanços tecnológicos agregados ao processo de parturição, para a queda das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, é necessário compreender que estes recursos não devem ser utilizados de maneira padronizada e demasiada, pois a sua prática indiscriminada colabora para o consumo desnecessário dos recursos do sistema de saúde, além de coibir os direitos reprodutivos femininos, uma

vez que defrauda a autonomia da mulher frente ao parto. Muitas vezes, esta violação se dá sem que ela entenda o que isso significa, contribuindo até mesmo para que seja vítima de violência obstétrica sem saber.

Para a sociedade atual, um modelo de assistência obstétrica instituída de forma completamente tecnocrática é incabível. Desta forma, é imprescindível lutar por melhores condições de parturição, livre de imposições rotineiramente desnecessárias, que ferem a autonomia da mulher e a colocam como paciente incapaz de parir sem procedimentos médicos que, por sua vez, surtem como uma cascata de práticas intervencionistas, que acabam

por interferir no processo natural do nascimento.

Não se deve aceitar de forma passiva a violência obstétrica advindas de palavras, gestos e atitudes sofridas pela maioria das parturientes nos âmbitos servidores de saúde. É dever de todos prover formas de atendimentos alternativos, principalmente, aqueles que prezam por um conceito de saúde representado pela qualidade da assistência enfocada na humanização. Só assim ocorrerá o 'renascimento' do parto, em que mulheres serão empoderadas para vivenciar este momento como seu, acima de tudo, perseverando na sua busca por respeito e construindo seu protagonismo.

BIRTH OF OUR EVERY DAY: A LOOK AT THE PROSPECTS AND TRANSFORMATION OF ASSISTANCE

ABSTRACT

The give birth and birth are natural events, surrounded by many cultural meanings that accompany the story of humanity itself, and particularly the woman herself. The historicity of assistance parturition begins with the accumulation of knowledge innate women themselves who assisted women in labor during childbirth. Study developed from the authors' reflections on changes, taking into account the procedures followed in obstetric care through the years. Aiming to assess how the evolution of parity opposite to changes in obstetric care model occurred. Presents itself as a methodological research literature review type articles and other scientific publications (theses and dissertations) were selected on the basis of national data, using the following descriptors: woman in childbirth, humanization. Gifts in academic research as a driver shaft having knowledge of the historical evolution of the concept of the premise assistance childbed. Results and discussions as we recognize that care directed to both mother and child at birth has undergone major transformations historically, resulting among other things in its institutionalization, medicalization, technology insertion and medicine, which together made this mechanized and impersonal process, taking the role of women art of midwifery. The concept of humanistic model strengthened by the Program for Humanization of Prenatal and Birth (PHPN), based on recommendations of the World Health Organization (WHO), that seeks to implement practices aimed at promoting healthy births and births. We believe that the optimal obstetric care has also thorough road ahead, which will be consolidated only when each actor involved in the process understand their role in the scene, with this approach generates a less interventionist assistance that promotes maternal empowerment and assure the woman autonomy and the preservation of their rights.

Key-words: History. Labor. Women. Obstetrics.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Oliveira AC. Gênero, saúde reprodutiva e trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2001.
3. Ávila MB, Corrêa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: Revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil Dilemas e Desafios. São Paulo: HUCITEC, Population Council; 1999.
4. 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 (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Lauretis T. A Tecnologia do gênero. In: Holanda EB, organizadora. Tendências e impasses: O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco; 1994.
6. Rehuna. Carta de Campinas. Campinas; 1993.
7. Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia Científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2006.
8. Alttiman CN, Costa SG. Revolução Feminina: As conquistas da mulher no Século XX. São Paulo: Faculdade Eça de Queirós. Jandira; 2009.
9. Domingues RM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
10. Rohden F. Uma Ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
11. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2003 [acesso em: 21 maio 2013];19(Supl2):419-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>.
12. Leal MC, Viacava F. Maternidades do Brasil. Radis – Comunicação em Saúde; 2002.
13. Martins APV. A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XX. [Tese de Doutorado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

14. O renascimento do Parto – O Filme [documentário em longa-metragem]. Direção: Eduardo Chauvet. Brasil: MasterBrasil Filmes; 2013.
15. III Conferência de Humanização do Parto e Nascimento; Nov. 26 a 30; Brasília, DF; 2010.
16. Serruya SJ. A Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. [Tese de Doutorado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
17. Sodré TM, Lacerda RA. O Processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007 [acesso em 19 ago. 2103];41(1):82-9. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a10.pdf>.

Recebido em: 09.07.13 Aceito em: 27.02.14
