



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Gabriel Rodrigues de Andrade

PARTO NO BRASIL: desafios da humanização

Rio de Janeiro

2021

Gabriel Rodrigues de Andrade

PARTO NO BRASIL: desafios da humanização

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Análises Clínicas.

Orientador(a): Regimarina Soares Reis

Rio de Janeiro

2021

Dedico esse trabalho a todas as mulheres que lutam por um mundo humanizado, em especial a minha mãe e irmã que me pariram a este mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pelo apoio institucional, oportunidade de aprendizado e por entender a necessidade de ter um olhar crítico para sociedade e ciência.

Agradeço à minha querida orientadora Regimarina Soares Reis do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (LabGestão), que ajudou na minha construção de pensamento quanto a saúde da mulher brasileira e que mesmo em tempos de pandemia nunca deixou de me auxiliar em todos os quesitos na escrita desse trabalho.

Agradeço também a Leticia Batista da Silva do LabGestão, que iniciou meu processo de iniciação científica e ajudou a desabrochar esse tema que ainda era apenas uma ideia.

Agradeço em especial a minha mãe Maria de Fátima da Silva Rodrigues e meu companheiro da vida Rafael Correia da Silva Jorge, que foram de extrema importância emocional com conselhos e estímulos constantes em meio a tempos difíceis.

E agradeço também aos meus amigos que compartilharam da mesma jornada de escrita e no final todos foram vitoriosos, com a consciência que deram o melhor de si.

Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer.

Michael Odent

RESUMO

Trata-se de trabalho de caráter qualitativo e exploratório em que buscou, a partir da revisão bibliográfica de artigos extraídos da base de dado BVS e literaturas complementares, compreender o parto como um evento complexo, interligado com estruturas culturais e sociais que em conjunto agem de forma influenciadora na vida da mulher. Foi descrito a trajetória histórica da assistência ao parto no Brasil, caracterizada a institucionalização do parto na contemporaneidade, destacado o processo de medicalização e intervenção tecnológica no parto e abordados os desafios para a institucionalização do parto humanizado como modelo de atenção. Mapeou-se a retirada das parteiras da cena do parto para a predominância masculina e a concepção tecnocrática da medicina no modelo de atenção vigente. Foi contextualizado o âmbito político que está inserida a atenção à saúde da mulher e o processo histórico que culminou com as proposições da humanização do parto e nascimento, como o Programa de Humanização do Parto e Nascimento e a Rede Cegonha, e como essas diretrizes funcionam em sociedade nas redes de atenção básica. Foram destacados os desafios da constituição da implementação do parto humanizado em um sistema de saúde cronicamente subsinanciado.

Palavras-chave: Parto; Parto Humanizado; Brasil;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	11
3. METODOLOGIA	12
Capítulo 1 – A Trajetória Histórica da Assistência ao Parto	18
Capítulo 2 – O parto humanizado e seus desafios contemporâneos	27
2.1 Humanização do Parto e Nascimento	29
2.2 Desafios	33
4. CONCLUSÃO	36
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1. INTRODUÇÃO

Parir é um marco na vida da mulher de diferentes formas, ele afeta seu status social (de filha para mãe), seu corpo (o bebê no ventre e o bebê nos braços) (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016; DIAS e DESLANDES, 2006) e seu emocional, ou seja, é uma forma de descobrir e explorar os limites de si mesma (VELHO *et al*, 2012). No entanto, mesmo o parto sendo um momento único e com potencial de felicidade, pode ser, ao mesmo tempo, um momento de fragilidade.

Sarmiento e Setúbal (2003) afirmam que o parto é um acontecimento repleto de interferências sociais e culturais, que também é percebido como um misto de sentidos e emoções ímpares na vida da mulher, permeando as suas etapas gestacionais: pré-natal, parto e puerpério. A gestante, que em um determinado momento se torna parturiente (quem está em trabalho de parto), entra em uma cascata de emoções onde teme a dor, como o seu corpo vai ficar, quais os procedimentos médicos que vão ser utilizados durante o parto, o ambiente hospitalar desconhecido e hostil, o desempenho dela e do bebê e, no auge, a mulher sente medo da morte (SARMENTO e SETÚBAL, 2003).

O parto expõe não apenas o corpo da mulher, mas também sua autoestima, valores culturais e pessoais. É esse conjunto de elementos que faz cada parto ser diferente um do outro, e o que o torna diferente de uma mulher para outra (SARMENTO e SETÚBAL, 2003).

Portanto, o parto pode ser considerado um evento de alta complexidade, uma vez que pode ser compreendido e debatido em diversos meios, tanto como evento íntimo da mulher, quanto por diferentes indivíduos, entidades e a sociedade em geral. Assim, trata-se ao mesmo tempo um evento singular e social permeado por diversos significados e debates (VENDRÚSCOLO, KRUEL, 2016).

Para que se compreenda como a concepção sobre o parto toma a forma dos dias atuais no Brasil, permeado por tecnologias, procedimentos e protocolos centrados no ambiente hospitalar, é fundamental resgatar o processo que levou à transição desse evento do domicílio para as instituições de saúde; e do foro privado e exclusivo das mulheres, para o debate da saúde pública. Ao longo do tempo o parto “*passou da residência ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico, da não-medicalização a medicalização, do natural a um evento regrado.*” (VENDRÚSCULO e KRUEL, 2016, p. 96).

Durante o processo de transferência do parto da residência para o hospital, passa-se a assumir duas possibilidades de condução: parto normal e parto cesáreo. Essas duas possibilidades são constantemente localizadas em em pólos distintos na discussão ao longo da trajetória da assistência ao parto no Brasil.

O parto normal ou vaginal, é considerado a forma natural de parir e, em geral, possui caráter espontâneo, em que é esperado o tempo necessário para amadurecimento do feto e preparação do corpo da mulher para o início do trabalho de parto induzido pelo próprio organismo (O Renascimento do Parto, 2013). Segundo Velho *et al.* (2012), a percepção das mulheres acerca do parto normal é de que ele é um procedimento doloroso, mas que finaliza em uma relação fortalecida entre a mulher e o bebê, em que o primeiro encontro é mais emocionante e estabelece uma rápida conexão, ele também proporciona menos dor pós-parto por ter uma recuperação mais rápida e natural do corpo, permitindo que a mulher volte à rotina em pouco tempo. Destaca-se que existem diversos contextos sociais em que o parto se dá, é importante cuidar para que não haja romantização generalizada desse evento.

No documentário brasileiro O Renascimento do Parto (2013), aponta-se os benefícios do parto normal ao recém-nascido. Michel Odent, médico e pesquisador, afirma que o corpo da mulher, quando em trabalho de parto, proporciona hormônios naturais necessários para preparar o corpo a parir, e durante esse processo o feto começa uma agitação e se torna ciente de que o corpo entrou em trabalho de parto. Ricardo Chaves, médico pediatra, debate os benefícios do prolongamento do tempo em que o recém-nascido continua ligado ao cordão umbilical, ao abraço materno e da amamentação pós-parto, medidas que proporcionam um acolhimento emocional maior ao neonato ligando os benefícios clínicos necessários no primeiro momento de vida.

O parto cesáreo, por sua vez, é uma contramedida ao parto normal, ao que seria o curso natural biológico, agindo como uma forma de simplificação e diminuição da duração de tempo em um trabalho de parto (CARNEIRO, 2015). Trata-se de procedimento cirúrgico que foi instaurado mais precisamente para a diminuição da taxa de morbidade e mortalidade materna, em caso de presença de fatores de risco e/ou complicações na gestação e parto, em caso de indicação médica (RISCADO, *et al.*, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as taxas de cesariana não ultrapassem 15% do total de partos, uma vez que seu uso excessivo não resulta em benefícios adicionais, porém acarreta maiores riscos de morbidade e mortalidade para a mulher e o bebê. No Brasil, observa-se uma crescente taxa de cesarianas, que atualmente se situa em 56,7% dos nascimentos, segundo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC, 2016). Com o progressivo aumento de cesarianas também em nível mundial, a OMS recomenda que em caso de taxas acima de 15% ou abaixo de 10% seja realizada uma reavaliação no método aplicado na assistência ao parto (OMS, 2015).

O estudo *Nascer no Brasil*, guiado pela Fundação Oswaldo Cruz, reuniu 23.894 mulheres e coletou dados em 266 hospitais e maternidades de médio e grande porte, tendo um dos objetivos entender a disseminação do parto cesáreo pelo Brasil em setores públicos e privados. No estudo, ao se analisar a taxa de cesárea de acordo com a região brasileira e tipo de serviço de saúde, verificou-se a predominância da cesariana, com 90 – 100% de ocorrências, no setor privado nas regiões Centro-Oeste e Nordeste e 80-90% no Norte, Sul e Sudeste do país, e as menores taxas de cesarianas realizadas no setor público estão no Sudeste e Nordeste brasileiro, variando de 35 - 40% e 40-50% no Norte e Centro-Oeste (NASCER NO BRASIL, 2014).

A questão da cesariana é um debate multideterminado no Brasil. Por exemplo, por um lado, a cesariana permite uma livre movimentação do médico em relação aos seus turnos e de sua agenda, levando a preferência da cirurgia para as mulheres vinculadas à maternidade (RISCADO, *et al*, 2015). Por outro lado, o modelo de parto normal ainda praticado no país é profundamente medicalizado e intervencionista. Portanto, encerrar a discussão apenas na dualidade “normal ou cesariana” não é suficiente para compreender o parto enquanto evento complexo (MAIA, 2010).

Carneiro (2015) salienta que quando o parto é entendido na dualidade entre saúde e doença, o mesmo passa a ser abordado como um processo de enfermidade, em que é necessário uma intervenção e vigilância. Nesse contexto, o parto é visto como uma patologia clínica ou como uma prática de extração. Para esse procedimento acontecer, de forma a precaver a parturiente e o recém-nascido de possíveis complicações, a mulher precisa ser submetida a uma série de procedimentos padrão e estar separada dos demais (SILVA *et al*, 2016).

Dias e Domingues (2005) apontam que a assistência ao parto não se limita aos aspectos fisiológicos, mas sim que interage também com aspectos sociais, culturais, afetivos etc. O parto em si é um desfecho de um processo de cuidado em saúde que envolve autonomia, poder, vínculo (vínculo em mãe-bebê, mas também entre mãe-equipe, mãe-acompanhante etc.) e também meios (condições) para sua realização.

Quando o parto é conduzido de forma em que a mulher é vista como alguém que pouco ou nada decide a respeito de como ele será conduzido, acaba se tornando um evento em que há uma grande intromissão no corpo gestante, pela excessiva medicalização e métodos intervencionistas evitáveis, caso a condução do parto fosse centrada na mulher e suas necessidades (VELHO *et al*, 2012; VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016).

No Brasil há uma crítica ao parto excessivamente medicalizado, tecnológico e intervencionista, no qual os conhecimentos científicos sobressaem questões socioculturais que estão presentes na vida da mulher, ou seja, a cultura médica domina o campo da assistência ao parto atual (RISCADO, *et al*, 2016). Nesse contexto, que produz efeitos sobre a saúde individual e coletiva em termos de morbi-mortalidade materna, o parto é considerado uma questão de saúde pública. Assim, o parto requer ser discutido levando em consideração a integração entre os saberes tecnocráticos em seu contínuo desenvolvimento, e os parâmetros humanos essenciais, para que haja um equilíbrio entre esses dois pilares.

Conforme apontam Dias e Domingues (2005) a humanização como prática em saúde vem sendo discutida e realizada desde os anos 1990. Sobre a humanização na assistência ao parto, os autores afirmam que “*discussões sobre a humanização trazem demandas antigas [...] propondo modificações no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco*” (DIAS e DOMINGUES, 2005, p. 700).

Segundo Davis-Floyd (2001) a humanização do parto surge como um novo paradigma em contraste a uma assistência de parto mecânica e insensível à mulher, adequando aspectos empáticos ao momento do parto, proporcionando um ambiente que a mulher se conecte com seu corpo e mente, onde possa se movimentar e cumprir suas vontades, um ambiente acolhedor em que se sinta segura e a protagonista de seu parto. Nesse sentido, o parto humanizado visa uma importância

maior aos aspectos individuais e familiares que permeiam o ser social da mulher e sua cultura no trabalho de parto, deixando aflorar sua sexualidade e liberdade.

No Brasil, a institucionalização de iniciativas como a Política Nacional de Humanização e a Rede Cegonha representa avanços em direção à atenção humanizada ao parto. Todavia, persistem desafios antigos e surgem novos a serem mais bem compreendidos e abordados. Nesse sentido, o presente projeto tratará dos desafios da humanização do parto no Brasil. Para tanto, serão estudados: a trajetória histórica da assistência ao parto no Brasil, os parâmetros do parto humanizado e os desafios contemporâneos para assistência humanizada do parto no Brasil.

Eu cresci ouvindo histórias de como minha mãe sofreu por dias em contração, como minha irmã se sentiu um pedaço de carne na sua cesárea, como o médico subiu na barriga da amiga da minha irmã para “ajudar” o bebê sair, como minha madrinha fez um aborto e quase chegou a morrer, essas histórias acabam caindo do esquecimento e não levando a total atenção que deveriam receber, de certo modo, acabam sendo desconsideradas de sua real importância.

Esses relatos trazem um retrato da sociedade, especificamente, da assistência obstétrica institucionalizada no Brasil, o que me fez questionar o porquê desse sistema estar funcionando dessa maneira hostil, em que ao mesmo tempo se presta cuidados, disponibiliza programas de atenção à saúde e oferece um espaço para a gestante, também acaba desrespeitando a mulher e a prejudicando. Observar essas relações da mulher com a sociedade, mulher e cultura, mulher e medicina, e levando em consideração as mulheres da minha família, foi que me despertou o interesse em estudar o parto humanizado e sua implementação no modelo assistencial brasileiro.

Segundo Heloísa Lessa, enfermeira obstétrica que foi entrevistada no documentário *O Renascimento do Parto* (2013), o parto deve ser de consciência de toda a sociedade, debatido e compreendido por todos. À luz dessa ideia é que escolhi estudar a fundo a trajetória do parto no Brasil e a humanização do parto, assim como os desafios que as permeiam.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender os desafios do processo de humanização do parto no Brasil.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Descrever a trajetória histórica da assistência ao parto no Brasil.
- 2) Compreender os parâmetros do parto humanizado.
- 3) Identificar desafios contemporâneos para assistência humanizada do parto no Brasil.

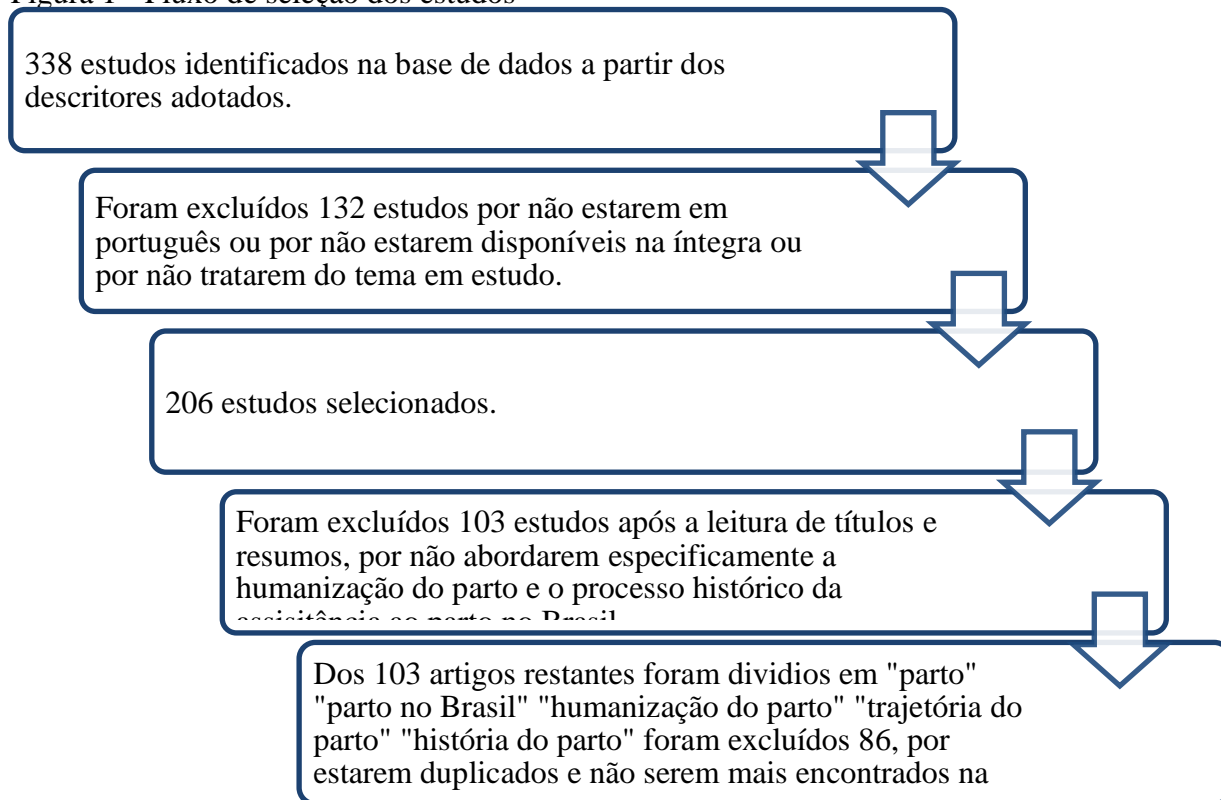
3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, com base na abordagem qualitativa, tendo como método a revisão e análise da literatura. A partir dos seus objetivos geral e específicos, a análise será norteada por três categorias: 1) Trajetória histórica da assistência ao parto no Brasil; 2) Parâmetros do parto humanizado; 3) Desafios contemporâneos para assistência humanizada do parto.

Em busca feita em novembro de 2019 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram identificados os seguintes descritores de pesquisa: “parto humanizado”, “parto” e “Brasil”. A partir desses descritores, foram encontrados 357. Na execução do estudo serão assumidos como critérios de exclusão: não serem artigos no idioma português; os textos não estarem disponíveis na íntegra; não tratarem diretamente dos temas “parto no Brasil” e “parto humanizado”; e textos duplicados.

O processo de seleção dos estudos incluídos na revisão está descrito na Figura 1.

Figura 1 - Fluxo de seleção dos estudos



Os 17 estudos utilizado no presente trabalho foram lidos na íntegra e estão caracterizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na Revisão da Literatura

Nº	Referência	Título	Objetivo	Características do estudo
1	Camacho, Progianti 2013	A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado.	Descrever o processo de aquisição de práticas obstétricas hospitalares, pelas enfermeiras obstétricas, frente à implantação do modelo humanizado.	Participaram do estudo 11 enfermeiras obstétricas de seis maternidades municipais do Rio de Janeiro/Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, de janeiro a março de 2009, e analisados por meio da análise de conteúdo temática, tendo como base de diálogo os conceitos de Pierre Bourdieu.
2	Nagahama, Santiago 2011	Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil.	Avaliar a qualidade da atenção ao parto nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde - SUS no município de Maringá, Paraná.	Estudo transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas com 569 mulheres.
3	Prizskulnik, Maia 2009	Parto humanizado: influências no segmento saúde.	Descrever a evolução da obstetrícia no Brasil, descrever os conceitos de humanização no atendimento Médico do Brasil, descrever os conceitos do parto humanizado e discutir os custos envolvidos na assistência Obstétrica.	Estudo foi descritivo, bibliográfico e transversal. Os levantamentos foram efetuados através de uma revisão bibliográfica que foi desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído4principalmente de publicações em livros e similares.
4	Matos, et. al 2013	A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no brasil: uma revisão integrativa.	Conhecer as mudanças no cenário das políticas de saúde relacionadas ao parto.	Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que buscou responder a seguinte questão: "Quais são as mudanças nas políticas de saúde sobre a atenção ao parto no Brasil?". Foi utilizada a base de dados Lilacs, o portal SciELO e o Banco

				Brasileiro de Teses e Dissertações, sem delimitação temporal.
5	Maia, et. al 2017	Avaliação dos indicadores de processo do programa de humanização no pré-natal e nascimento e da rede cegonha	Analisar os indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha a partir do sistema de informação de pré-natal.	Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, baseado em dados secundários do sistema de informação de pré-natal de um município da região Sudeste do Brasil.
6	Silva, et. al 2017	Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência	Discutir os aspectos institucionais, a partir de uma perspectiva dinâmica e interrelacional, nos limites e possibilidades para a operacionalização da Proposta de Humanização da Atenção ao Parto e Nascimento.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que utilizou a observação participante em uma maternidade do Nordeste do Brasil.
7	Dodou, et. Al 2017	O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização	Conhecer a percepção de puérperas acerca da atenção recebida durante a internação em uma maternidade pública.	Estudo descritivo, realizado em um hospital público de nível secundário de Fortaleza/Ceará. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada a 20 puérperas, e analisados a partir da técnica de análise de conteúdo.
8	Almeida, Tanako 2009	Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	Analisar a importância da inclusão da perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.	Estudo qualitativo realizado em base a dados primários coletados para a avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, do Ministério da Saúde, em 2003, em sete municípios das cinco regiões do Brasil.
9	Rattner, 2009	Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações	Este trabalho aborda como vem sendo desenvolvida no Brasil a política pública no que tange à humanização na atenção a nascimentos e	Discute, ainda, o contexto atual da política federal, identificando interessantes paradoxos na prática corrente e apontando

		sobre políticas públicas	partos, descrevendo a atuação governamental e o papel dos movimentos sociais.	importantes desafios para a concretização do projeto em âmbito nacional.
10	Pereira, et. Al 2007	Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições	Realizamos um levantamento das pesquisas acadêmicas brasileiras dos programas de pós-graduação stricto sensu acerca da humanização do parto e nascimento.	Pesquisa exploratória e descritiva. Os dados foram coletados através dos resumos de teses e dissertações disponíveis em bases de dados de bibliotecas virtuais, BIREME e CAPES.
11	Nascimento, et. Al 2007	Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil	Calcular indicadores de processo para a assistência pré-natal prestada às gestantes em serviços públicos de Salvador, Bahia.	Estudo quantitativo desenvolvido em Salvador, a partir de registros do atendimento pré-natal das unidades de saúde que aderiram ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).
12	Dias, Deslandes 2006	Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência	Analisamos as expectativas de gestantes, usuárias de uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro, Brasil, sobre a assistência que receberam no parto e a avaliação que fazem do atendimento recebido em partos anteriores.	A metodologia pautou-se pela análise temática de entrevistas realizadas entre o oitavo e o nono mês de gravidez. Foram analisadas informações das mulheres sobre humanização da assistência ao parto, experiências relativas à assistência recebida em parto(s) anterior(es), seu ideal de atendimento ao parto eminente e sobre a atenção da equipe de saúde.
13	Pereira, 2006	Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização	Considerando a abordagem dialética, este estudo objetivou analisar a práxis da enfermeira na política pública de humanização ao parto e nascimento	Identificando suas concepções objetivas e subjetivas, no âmbito de sua assistência ao parto...(AU)

		ao parto no Rio de Janeiro		
14	Serruya, et. AI 2004	O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais	Avaliar a experiência da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, no Brasil, a partir dos dados gerados pelo SISPRENATAL/DATASUS.	De sua instituição (SISPRENATAL) em junho de 2000 até dezembro de 2002, 3.983 municípios aderiram, e 71% desses (3.183) registraram procedimentos no âmbito do programa, constituindo um banco de dados com 720.871 mulheres.
15	Serruya, et. AI 2004	O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento	O objetivo deste artigo foi contextualizar historicamente a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil.	Resgatando, através de análise documental e situacional, seus aspectos conceituais, filosófico e operacional.
16	Serruya, et. AI 2004	Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil	Avaliar a experiência da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no Brasil, por meio de estudo descritivo, populacional, com informações referentes aos anos de 2001 e 2002.	O estudo foi realizado a partir da análise documental e dos dados gerados no SISPRENATAL, avaliando comparativamente entre os estados, regiões e período, os indicadores relativos aos critérios para o acompanhamento pré-natal.
17	Freire, 2011	Programa de humanização no pré-natal e nascimento: uma revisão da literatura	Identificar na literatura informações sobre a humanização do pré-natal e relatar a operacionalização do PHPN.	O método estabelecido foi análise e seleção de artigos brasileiros publicados nos períodos de 2004 acerca do PHPN, sendo que as bases de dados utilizadas foram LILACS e SciELO.

Além da busca em bases de dados, foram utilizados como referência os seguintes livros: “Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX”, escrito por Ana Paula Vosne

Martins; “Cenas de Parto e Políticas do Corpo: uma etnografia de práticas femininas do parto humanizado”, de autoria de Rosamaria Giatti Carneiro; “Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional”, escrito por Mônica Bara Maia; “A Medicalização do Corpo Feminino”, da autora Elisabeth Meloni Vieira.

Capítulo 1 – A Trajetória Histórica da Assistência ao Parto

A trajetória de assistência ao parto nem sempre esteve vinculada a políticas públicas e maternidades. Até o século XVIII, na Europa, o parto ainda não era considerado um ato médico sendo um evento separado e exclusivo de mulheres para com mulheres. Quem conduzia o trabalho de parto junto às mulheres eram as parteiras, utilizando os saberes tradicionais do meio cultural e social. As parteiras não pertenciam à estrutura tripartite da medicina europeia, constituída por homens, e que era dividida entre conhecimento teórico, práticas eruditas e comércio, sendo formada por físicos, cirurgiões e boticários, respectivamente (MAIA, 2010).

O conhecimento teórico era de extrema importância e as práticas como cirurgias, sangrias, purgas e aplicação de emplastos, ou seja, técnicas e conhecimentos que exigem contato com a população, ficavam em segundo plano e na maioria das vezes eram ineficazes por não ter bases comprovadas cientificamente. Quando os cirurgiões-barbeiros eram convocados num parto com complicações, sua intervenção não era mais eficaz que as das parteiras em si, auxiliando apenas na retirada do feto morto de sua mãe viva ou, em alguns casos, o feto vivo de sua mãe morta (MAIA,2010).

No Brasil, até meados do século XIX, o parto era acompanhado por parteiras de saberes tradicionais. Chamadas também de comadres, as parteiras eram em sua maior parte mulheres negras ou portuguesas. O saber tradicional semeado na cura e nos partos eram leigos e extremamente religiosos, rodeado por dogmas e ideologias oriundos de conhecimentos indígenas, africanos e portugueses. Esse misto de culturas era sincretizado com o cristianismo, portanto as orações e súplicas feitas durante o trabalho de parto, tanto para a mulher quanto para o bebê, eram para Santos Católicos, como Santa Margarida e Nossa Senhora do Bom Parto (CARNEIRO, 2015).

Partindo dessa ideia, Carneiro (2015) explica que as parteiras carregavam uma conexão com o sagrado e com a natureza, passada oralmente de geração em geração, recorrendo a hortas e receitando infusões e palavras chaves para um bom trabalho de parto. Entendiam a dor como uma forma de purgação dos pecados, onde as mulheres deveriam sofrer para dar à luz ao seu filho (a).

Consequentemente, em um parto assistido por uma ou mais parteiras, a mulher se tornava vítima de superstições como beijar relíquias dos santos, colocar no corpo rosários, ingerir chás

produzidos através das hortas e suportar diversas posições e movimentos induzidos pelas parteiras, consideradas mulheres sábias (CARNEIRO, 2015 *apud* DEL PRIORE, 1993).

As parteiras não só atuavam no momento do parto, mas providenciavam os preparativos, organizavam o local, cuidavam da alimentação e do vestuário da parturiente, participavam, junto com outras mulheres, dos preparativos ritualistas com seus amuletos, ervas, encantamentos, preces, enfim, todos os recursos mágico-religiosos que pudessem auxiliar o parto e afastar os malefícios. Após o parto, as parteiras continuavam prestando seus serviços até que a mulher estivesse em condições de retomar suas atividades cotidianas. Portanto, o papel das parteiras era muito mais complexo do que simplesmente aparar os recém-nascidos e cortar o cordão umbilical, abrangendo uma série de práticas culturais relativas à saúde, ao casamento, à maternidade e ao cuidado dos filhos, uma disponibilidade imprescindível para os médicos (MARTINS, 2004 p. 69).

A migração das mulheres da residência para o hospital se sucedeu juntamente com a mudança da predominância feminina para a masculina na cena do parto. Quando a mulher se tornou alvo de interesse científico, o parto deixou de ser um evento isolado, passando a ser reconhecido como sendo um fenômeno fisiopatológico.

A inserção do homem na ação de partejar começou no século XVI na Europa, onde os ideais renascentistas mudavam o discurso científico vigente, quebrando a estrutura tripartite antes existente, predominantemente teórica, e convertendo-a em um estudo de cunho prático do corpo humano, em especial na mulher grávida. Martins (2004) constata que essa transição científica, de parteiras para médicos, ocorreu entre os séculos XVII e XVIII e foi dividida em dois blocos interligados entre si.

O primeiro foi a produção acelerada de conhecimento acerca da fisiologia e anatomia humana, estudos que revolucionaram a medicina com as dissecações do corpo humano, incluindo também corpos de mulheres grávidas. Isto é, os manuais de parto produzidos nos séculos XVI e XVII pelos cirurgiões barbeiros, motivados pela definição iluminista da mulher que “(...) *baseia-se no determinismo biológico, na centralidade do útero e na descrição de sua vida como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos, entre eles a gravidez e o parto.*” (MAIA, 2010 p. 30), serviram como uma base teórica para todo esse conhecimento desenvolvido.

O segundo bloco foi caracterizado pela mudança gradual da mentalidade do homem em relação às mulheres e ao parto. Na Antiguidade Europeia, mais especificamente na sociedade grega e romana, a mulher tinha grande importância unicamente pela sua capacidade de reprodução, pois era por elas que era possível gerar herdeiros e soldados saudáveis. O conhecimento produzido era em sua maior parte sobre a fecundação e também continham manuais dos partos que eram atendidos por parteiras alfabetizadas e cirurgiões parteiros que não possuíam conhecimento algum sobre obstetrícia. Com o decorrer dos séculos essa literatura caiu no esquecimento e a prática obstétrica voltou a ser vista como *“vil e inferior, associada à dor, ao sangue e às impurezas”* (MARTINS, 2004 p. 68).

Diante do que Martins (2004) e Maia (2010) apresentam, é possível identificar que o repentino interesse dos homens no trabalho das parteiras pode ser entendido na participação esporádica em apenas partos complicados, nos quais nem eles ou as parteiras conseguiam ter intervenções eficazes. Dado esse contexto eles se sentiram incentivados a esclarecer esse constante acontecimento e conseqüentemente recuperando toda a literatura perdida da sociedade greco-romana e montando um novo saber obstétrico.

Com a iminente chegada dos homens em um campo antes dominado apenas pelas parteiras, as mesmas começam a ser fiscalizadas por cirurgiões na hora do trabalho de parto e sendo também necessário passarem por regulamentações comandadas por comissões municipais ou do clero local. A estratégia de controle das parteiras foi uma forma de monopolizar o saber de cura de doenças praticado também pelas curandeiras, desse modo a fiscalização garantiria a não execução do aborto e infanticídio e também exigindo que fosse proferida a fé cristã (VIEIRA, 2002).

Com a contextualização que Vieira (2002) apresenta podemos afirmar que o Estado e a Igreja realizaram estabeleceram medidas de controle dos corpos das mulheres cooperando para *“(...) execução de milhares de pessoas na Europa Ocidental – de 70% a 90%, mulheres -, principalmente entre 1563 e 1727”* (VIEIRA, 2002 p. 69 *apud* TURNER, 1987), tendo como um dos intuitos a exclusão da mulher da prática do saber médico-científico e concentrando-o nas universidades renascentistas, nas quais só os homens tinham acesso, pois as mulheres não detinham o direito à educação.

Existe relação entre essa perseguição e o patriarcado, o que influenciou a produção de violências sistêmicas contra as mulheres, ditando sua função e seu papel no sistema capitalista. Mulheres foram perseguidas pela Igreja e também pelas suas próprias comunidades, que buscavam exercer controle sobre a sua sexualidade e autonomia reprodutiva. A execução de centenas de milhares de mulheres no começo da Era Moderna coincide com o surgimento do capitalismo (FEDERICE, 2017).

[...] na sociedade capitalista, o corpo é para as mulheres o que a fábrica é para os homens trabalhadores assalariados: o principal terreno de sua exploração e resistência, na mesma medida em que o corpo feminino foi apropriado pelo Estado e pelos homens, forçado a funcionar como um meio para a reprodução e a acumulação de trabalho. Neste sentido, é bem merecida a importância que adquiriu o corpo, em todos os seus aspectos — maternidade, parto, sexualidade —, tanto dentro da teoria feminista quanto na história das mulheres (FEDERICE, 2019, p. 34).

A construção do conhecimento obstétrico, ao decorrer dos séculos, foi rodeada por perseguições de médicos contra parteiras, processo em que “(...) *a medicina iluminista selou sua aliança com o Estado e difundiu a associação entre parteiras e sujeira.*” (MAIA, 2010, p.1), isto é, mesmo que a parteira com toda sua competência e experiência tentasse desempenhar seu papel sociocultural, ela se encontrava em extremo desequilíbrio perante a posição do homem na sociedade, e gradativamente foi perdendo sua credibilidade.

A hegemonia do saber médico obstétrico, disseminada pelos cirurgiões, gerou uma nova perspectiva do ciclo gravídico e, portanto, novas maneiras de conduzi-lo também.

Segundo os ideais iluministas em vigor na época, o homem se torna observador e representante da ciência do saber prático, aquela que vai contra o saber leigo e antigo, o que é comparado a uma guerra de Luzes contra Trevas respectivamente. Consolidada sua presença na cena do parto, o homem transforma a mesma em uma prática extremamente intervencionista com a criação de técnicas e instrumentos que facilitariam o trabalho de parto de modo a ter melhores resultados, diminuindo as taxas de mortalidade materno-infantil (MARTINS, 2004; MAIA, 2010).

Os médicos-parteiros inventaram novos recursos cirúrgicos como a embriotomia e a cesariana, instrumentos como: fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos, que foram usados “(...) *para construir uma imagem de conhecimento científico,*

competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos nas suas manobras e diagnósticos.” (MAIA, 2010 p. 31).

Com discurso orientado por suposta solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento produzido no parto, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto (DINIZ, 2005).

As relações entre médicos e parteiras foram bastante estudadas e são bem conhecidas pela historiografia feminista. Geralmente, a questão gira em torno de acusações de incompetência, controle e usurpação de práticas da cultura feminina pela corporação médica. Contudo, esta questão não deve ser tratada no campo das oposições, nem se deve também alimentar uma visão romântica a respeito das parteiras. Médicos e parteiras podiam ser nocivos às parturientes, como também muito eficazes. Para se entender os interesses em jogo, é necessário analisar as condições socioculturais do momento de deflagração do conflito entre cirurgiões e parteiras (MARTINS, 2004 p. 73-74)

Denota-se que, historicamente, esse processo de incorporação do parto pela medicina se deu primeiro na Europa, nos séculos XVII e XVIII, intitulado-se *Arte Obstétrica* e criando a figura do médico-parteiro. No Brasil esse movimento começa a ocorrer com a inauguração das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. Até esse momento, o parto era quase que exclusivamente normal e domiciliar (BRENES, 1991; PRISZKULNIK e MAIA, 2009).

Por sua vez, na primeira metade do século XX inicia-se a transição do parto domiciliar para o parto hospitalar, juntamente com a incorporação de um modelo de atenção à saúde orientado por visitas a obstetras, pediatras, uso de medicamentos e consumo de produtos da indústria de higiene e medicamentos. Para além disso, movimentos em torno da ampliação do acesso à saúde por meio do estado, instituições filantrópicas, patronais e de trabalhadores. Para se ter uma ideia, de 1930 a 1945 os partos hospitalares foram de 5% para 29,5%, enquanto os partos domiciliares foram reduzidos em 25% no mesmo período (RIESCO, LIESTER, 2013).

A hospitalização do parto ocorreu de modo universal, tendo iniciado e se realizado mais rapidamente nos países do Ocidente. Em países como Estados Unidos, França, Inglaterra, Suécia e Noruega essa transição se deu no período entre guerras. No Brasil esse movimento ganha força e se estabelece de fato nos anos 1960, o que foi facilitado pela criação do Instituto Nacional da

Previdência Social (INPS). Esse contexto brasileiro de expansão da assistência hospitalar por meio do INPS, baseado em modelo de atenção à saúde fragmentado e hospitalocêntrico, pautado na ampliação de empresas de saúde tanto no componente privado, quanto na seguridade social para empregados, acelerou a passagem do parto do domicílio para o hospital. Logo nos primeiros anos de funcionamento do INPS os partos hospitalares aumentaram em 22% (RIESCO, LIESTER, 2013).

Um dos reflexos desse movimento de transição da percepção do parto de um evento natural para um evento fisiologicamente patogênico, é que durante boa parte do século XX muitas mulheres de classe média e alta realizaram o parto sob sedação total. A realização do parto com a mulher totalmente inconsciente foi comum entre médicos e parturientes das elites. Esse modelo de assistência foi abandonado quando a morbimortalidade materna e perinatal passou a ser inaceitável. Porém, persistiu o modelo de atenção orientado pelo “processamento” da mulher como em uma linha de montagem (pré-parto, parto, pós-parto), a partir do desenvolvimento de formas mais seguras de anestesia, só que agora com as mulheres conscientes. Inicialmente restrito às elites, essa forma de assistir ao parto estabeleceu-se como modelo em muitos países (DINIZ, 2005).

Com a mulher submetida a uma cascata de procedimentos, em um cenário de predominância do modelo hospitalar, cuidados fragmentados, orientados pela concepção de atenção à saúde centrada na doença, e o método científico assumido como a única forma de produzir conhecimento, a racionalização do parto se estabelece no Ocidente (PAGLIOSA, DA ROS, 2008).

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (DINIZ, 2005, p.3)

O uso irracional da tecnologia provoca mais danos do que benefícios. Além de produzir relações humanas empobrecidas e incutir processos diversos de sofrimento na assistência ao parto, esse uso irracional levou ao atual paradoxo: é justamente o uso exacerbado ou impróprio de tecnologias o que impede países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. Desse modo, há cerca de 25 anos é iniciado um movimento internacional que busca priorizar a tecnologia

apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa. Esse movimento de crítica ao modelo tecnocrático se desenvolve sob diversas perspectivas, com participação de militantes pelos direitos humanos, movimentos feministas e militantes pelo direito à saúde. São cunhadas diversas terminologias para esse movimento nos diversos países, e no Brasil é em geral chamado de humanização do parto, ganhando contornos específicos com a criação do SUS (DINIZ, 2005).

As medidas públicas que englobam os direitos da mulher e da criança passaram por constantes mudanças ao longo dos anos até que fossem estruturadas enquanto políticas no Brasil. Em meados do século XX ocorre a incorporação da saúde da mulher na agenda das políticas públicas, entretanto sendo restritas as demandas relativas à gravidez e ao parto. O aspecto biológico e a função social de mãe e responsável pelos trabalhos domésticos davam o tom dos programas materno-infantis das décadas de 30, 50 e 70 (BRASIL, 2004). Essa concepção limitada da mulher afetou historicamente a abordagem realizada ao parto e nascimento tendo reflexos ainda na contemporaneidade em que se busca a estabelecer políticas e práticas humanizadas.

Entre 1974 e 1978 era vigente o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI) que coordenava as demandas relacionadas a gravidez e parto estava restrito à visão da mulher em perspectiva biológica e reprodutora, desconectando-a de relações sociais e culturais que influenciam. A partir desses contextos as mulheres reivindicam seu lugar como detentoras de direitos, de modo que se levasse em consideração suas classes sociais e valores culturais, demandando uma atenção à saúde que fosse além dos momentos gestação e parto, ou seja, reivindicando uma saúde integral a mulher (SANTOS e ARAUJO, 2016; MATOS, *et al*, 2013).

Movimentos feministas brasileiros teceram duras críticas aos programas de saúde propostos, considerando a redução da mulher ao ciclo gravídico-puerperal. Até ali as demais dimensões da vida da mulher eram consideradas de foro privado, ratificando as desigualdades nas condições de vida e nas relações de gênero, invisibilizando problemas associados à sexualidade, reprodução, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e à sobrecarga de trabalho das mulheres. Assim, o lugar de sujeito de direitos, com necessidades que abrangem todos os ciclos de vida, para além do momento da gestação e parto, foi reivindicado de modo que se pudesse

contemplar diferentes grupos populacionais, condições sociais, econômicas, culturais e afetivas (BRASIL, 2004).

Desse modo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo MS (Ministério da Saúde) em 1984, foi o resultado obtido das reivindicações, tendo como objetivo integralizar a assistência à saúde da mulher e possibilitar maior autonomia das mulheres sobre seu corpo (FREIRE, 2011; SERRUYA, *et al*, 2004).

Esses novos contornos nas políticas de atenção à saúde da mulher foram produzidos paralelamente ao Movimento pela Reforma Sanitária, que concebeu o arcabouço do SUS, a partir de um marco conceitual em que saúde ultrapassa a mera ausência de doença e considera os modos como as pessoas vivem e trabalham (SERRUYA, *et al*, 2004). O SUS foi criado *de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Sua implementação tem como base as diretrizes de hierarquização, descentralização e participação da comunidade*” (MAIA, 20120 p. 25). Com isso um conceito ampliado do que é saúde passa a vigorar como norteador das políticas públicas.

Destaca-se a grande influência que a construção do SUS tem sobre a implementação do PAISM. A saúde da mulher se torna prioridade via PAISM sendo influenciada pelo processo de municipalização da gestão do SUS, em que foi estabelecido a responsabilidade aos municípios de garantir as ações e serviços; e pela reorganização da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família. Além disso, as características da nova política de saúde - em que o processo de adoecer e curar passa a ser entendido em suas relações com as condições sociais, econômicas, culturais e históricas - definiu os caminhos e especificidades da política de saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Porém, apesar de ter rompido conceitualmente com os princípios norteadores das políticas de saúde da mulher até ali, na implementação do PAISM encontrou-se dificuldade em garantir qualidade a todas as áreas de assistência à saúde da mulher, não atingindo ainda a reivindicada integralidade devido a dificuldades técnicas, políticas e administrativas (FREIRE, 2011; SERRUYA, *et al*, 2004). Apesar da garantia a ações básicas prioritárias como pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo do útero, ainda permaneciam invisibilizados segmentos da população feminina, e problemas emergentes que afetam a saúde das mulheres. Gerou-se uma heterogeneidade da assistência no Brasil, em que cada território definiu diretrizes

para o atendimento à mulher, sem que isso significasse necessariamente ater-se às necessidades locais (SERRUYA, *et al*, 2004).

Apesar dos avanços e de buscar-se a atenção integral rompendo com a verticalização do passado, a definição de prioridades no processo de municipalização dificultou o alcance da agenda ampla de saúde da mulher pelo PAISM. Essa lógica também comprometeu a plena transversalidade de gênero e raça e o tratamento de um tema novo como a violência sexual. Outras lacunas também permaneceram como “atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas” (BRASIL, 2004). Essas lacunas, a concepção de saúde vigente e o modelo de atenção à saúde implementado tem relação direta com o modo como será abordado o parto e nascimento.

Capítulo 2 – O parto humanizado e seus desafios contemporâneos

Em linhas gerais a luta e debates em torno do parto humanizado tratam da garantia do direito à saúde e ao acesso de qualidade equânime a mulheres grávidas. Os princípios e diretrizes do SUS devem estar presentes na efetivação de um novo modelo obstétrico e neonatal, de modo a produzir saúde em função das necessidades das mulheres e crianças em um parto e nascimento seguros e humanizados (BRASIL, 2014).

Para transformar a atenção ao parto e nascimento é necessário atuar sobre modos “desumanizadores” de produzir saúde e que são incoerentes com o direito à saúde. Esses modos hierarquizados, autoritários, com relações de trabalho precarizadas, tratamentos desrespeitosos, ações que focam na doença sem considerar o sujeito em suas múltiplas relações etc, dificultam a garantia do acesso universal e equitativo à saúde, assim como a concretização da atenção integral (BRASIL, 2014).

Por sua vez, o campo de saber prático-científico do parto foi constantemente modificado ao longo da história, ao mesmo tempo que seus valores culturais e individuais foram esquecidos. Desse modo foi naturalizada a ideia de assistência do parto de forma tecnocrática, ou seja, um parto repleto de intervenções e de única autoridade médica. Porém, existem outras alternativas, que podem ser identificadas em puro estado ou mescladas (DAVIS-FLOYD, 2001).

Didaticamente, os modelos de assistência ao parto podem ser classificados em três paradigmas: tecnocrático, holístico e humanizado.

A tecnocracia do parto acredita na separação de mente-corpo. Separar o indivíduo de seu ambiente e do que o rodeia torna mais fácil a sua manipulação, pois seu fluxo da vida cultural (mente) está separado de seu organismo (corpo). O parto se insere nessa ideia quando a mulher se desloca de sua residência para a maternidade onde fica sob supervisão médica e separado dos demais em um ambiente neutro que seria a sala de parto (DAVIS-FLOYD, 2001; BRASIL, 2014).

Uma metáfora que exemplifica o modelo tecnocrático é a que defende o hospital como fábrica, corpo da mãe como máquina e o bebê o resultado de um processo industrial, ou seja, o corpo feminino é visto com defeituoso e que a gravidez é um estado problemático da mulher / máquina, sendo o corpo masculino o exemplo de um bom funcionamento, deverá intervir e concertar o que está errado. Quando essa metáfora é colocada em prática na assistência ao parto a mulher se torna um objeto e toda forma mental-espiritual dela se torna insignificante, não sendo exercida nenhuma forma de conexão emocional entre paciente e profissional (DAVIS-FLOYD, 2001).

O uso excessivo de tecnologias intervencionistas nos partos não se explica somente pelo suposto cuidado à mulher, mas para enfatizar a autoridade médica e inserir a mulher em uma posição de dependência e passividade perante o hospital. Sendo assim um sistema guiado pelo lucro, em que foca em intervenções agressivas para resultados rápidos, tendo total intolerância a outras alternativas de assistência ao parto (DAVIS-FLOYD, 2001; BRASIL, 2014)).

O sistema de medicina holística engloba diversas técnicas terapêuticas no processo de cura, que variam desde homeopatia até passes de reiki. Os profissionais holísticos são os que mais se destacam entre os três modelos assistenciais pois saem totalmente dos padrões hegemônicos tecnocráticos praticados nos hospitais. A prática do holismo pode ser centrada em apenas um método especializado ou abranger múltiplos métodos para o tratamento, podendo também ser mesclada em conjunto com técnicas humanizadas (DAVIS-FLOYD, 2001).

Neste modelo mente, corpo e espírito são unificados, entendendo que o cérebro se ramifica por todo o corpo e que esse é a morada da alma humana, portanto, são considerados apenas um. O principal objetivo é trabalhar com técnicas que influenciam a totalidade desse conjunto, pois para entender como a psicologia atua na cura física também é necessário aprender como o espírito influencia e é influenciado. Deste modo o modelo holístico define o corpo (mente-corpo-espírito) como um sistema de energia que se conecta com outros sistemas, se um estiver desequilibrado os outros seguiram da mesma maneira (DAVIS-FLOYD, 2001; BRASIL, 2014).

Os componentes presentes na cura são definidos como profissional e cliente, retirando do indivíduo a ser curado uma posição passiva perante o profissional e o colocando como parte principal do processo. No modelo holístico acredita-se que para ser curado deve-se estar disposto

para isso, participando conscientemente das decisões. No trabalho de parto a mulher é respeitada e seu cuidado é individualizado, o processo é seguido de forma espontânea e os inesperados são resolvidos com calma e cautela sempre com profissional e indivíduo/paciente dialogando entre si (DAVIS-FLOYD, 2001).

A humanização do parto ocorre em oposição a ideia da medicina tecnocrática. Os profissionais instituem novas formas de abordagem no modelo assistencial com objetivo de humanizar as relações e torná-las recíprocas, focando a atenção à gestante e respeitando a mesma como o indivíduo principal no parto (DAVIS-FLOYD, 2001).

Ao contrário da tecno-medicina, o modelo humanizado afirma que embora mente e corpo sejam unidades distintas continuam sendo interligadas, sendo assim a prática humanizada tende a atingir esses dois campos simultaneamente, crendo que não é possível analisar o físico sem antes entender o psicológico. Isto é, uma mulher gestante que vive diversas emoções e situações ao longo da gravidez pode ser acompanhada através de um suporte emocional, fornecido por um profissional, ao contrário de intervenções drásticas e invasivas (DAVIS-FLOYD, 2001).

No modelo humanizado o corpo é reconhecido como um organismo vivo e pensante, dor e afetividade fazem parte dele como um todo. O indivíduo deixa de ser uma máquina em mal funcionamento e passa a ser parte do processo, estabelecendo conexões com os profissionais e recebendo apoio de seus acompanhantes. As relações de cuidado entre paciente e profissional são contrabalançadas em quesito tecnologia, podendo ser usada de forma suave conforme for necessário ao decorrer do trabalho de parto, em sua maior parte são usados métodos alternativos para a sua condução (DAVIS-FLOYD, 2001; BRASIL, 2014).

2.1 Humanização do Parto e Nascimento

No Brasil, ao decorrer do séc. XX, é observado uma constante mudança no processo de atenção ao parto e nascimento, em um contexto político marcado pela falta da circulação de informações, principalmente na segunda metade do século durante a Ditadura Militar. Nesse período cresce a centralidade do parto tecnocrático em face da expansão do complexo médico-industrial. Dentro dessa circunstância, e na contracorrente, em 1993 é criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), motivada pela violência obstétrica vivida no

momento do parto e o aumento do número de partos cesárea, que coíbiam o aspecto humano do indivíduo. Pesquisadores como Michel Odent, José Galba de Araújo, Roberto Caldeyro-Barcia foram referências para a instituição desse movimento (RATTNER, 2012).

O movimento nacional serviu como ato de resistência contra as forças que se movimentavam a estabelecer a tecnocracia do parto. Foram utilizadas técnicas para difundir os conhecimentos humanizados por meio de campanhas e eventos, interferiu-se no processo de formação dos profissionais de saúde, reformulou-se a gestão de cuidado à gestante, criança e família, e o impacto mais importante do movimento foi a formulação de políticas públicas que consolidassem a humanização da saúde da mulher (RATTNER, 2012).

Em junho de 2000 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) tendo como foco a diminuição das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal que no ano de 2002 chegou a 74,5 por cem mil nascidos vivos, um número elevado em comparação a outros países como Cuba com 33, Chile com 31 e Uruguai com 27 (NASCIMENTO, *et al*, 2007). Essa discrepância era reflexo das dificuldades de implementação dos programas referentes à saúde da mulher, com isso o PHPN aprimorou o PAISM, implementado em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (ALMEIDA e TANAKA, 2009).

O objetivo primordial do PHPN é “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”. Nesse sentido, é fundamental para a humanização do parto o preparo adequado da gestante para o momento do nascimento, que deve se iniciar desde o pré-natal; o acolhimento da mulher e de seu companheiro (a) no serviço de saúde; bem como o preparo físico e psíquico da mulher, além de visitas à maternidade para conhecer as instalações físicas, corpo técnico e procedimentos (BRASIL, 2014).

A parturiente deve se sentir livre, ouvida e considerada em sua subjetividade, assumindo o controle do parto como evento social, cultural e afetivo. Os profissionais de saúde devem atuar para a transformação de posturas em direção à interações solidárias em um clima acolhedor (BRASIL, 2014).

Uma das estratégias utilizados pelo PHPN para incentivar os municípios a implementar as ações assistenciais foi de oferecer recursos financeiros mediante o cumprimento da norma preconizada, os critérios para o pagamento foram: realizar a primeira consulta pré-natal até o quarto mês de gestação e posteriores visitas médicas periódicas durante a gravidez, ao todo seis consultas, uma consulta durante o puerpério (até 42 dias após o nascimento) e garantir os exames médicos necessários ao longo do ciclo gravídico (SERRUYA, *et al*, 2004).

O sistema de informação SISPRENATAL foi a ferramenta fundamental usada para monitorar os incentivos financeiros fornecidos aos municípios pelo programa, dessa forma acumulando informações e gerando relatórios que auxiliam na monitoração da implementação do PHPN em nível municipal e estadual. A mudança de pensamento que o PHPN induz é de extrema importância para um mapeamento minucioso da implementação das políticas, pois diferente de avaliar os dados pela quantidade de consultas e exames fornecidos em um pré-natal, a avaliação se torna individual para cada mulher usuária do programa, gerando dados com base qualitativa ao contrário de números quantitativos, pois esses não conseguem ser precisos na complexidade dessa assistência (SERRUYA, *et al*, 2004).

As ações elaboradas pelo PHPN seguem o modelo humanizado da assistência obstétrica e neonatal, apropriando o sentido de equidade e cidadania em que garante que todas as gestantes terão acesso a uma assistência pré-natal integral, exames básicos e vaga para o parto (RATTNER, 2009). A humanização possui dois conceitos fundamentais como estratégia para sua implementação:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (SERRUYA, *et al*, 2004, p.1282).

Para contribuir com a institucionalização das práticas humanizadas, em 2003 o SUS sistematizou a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS. A PNH objetiva produzir mudanças nas práticas de saúde e qualificar a atenção e gestão do SUS por meio de estratégias e métodos que concretizem os princípios do SUS, a clínica ampliada e a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde (SILVA, *et al*, 2017). E no âmbito da atenção ao parto foi ainda publicada a Lei do acompanhante (11.108/2005), que garante a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto no âmbito do SUS; e em 2007, publicada a Lei 11.634 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência.

A estratégia mais recente elaborada pelo SUS em 2011 para a concretização da promoção de saúde da mulher e criança e o planejamento reprodutivo, incluindo o acesso ao pré-natal, acompanhamento do parto e nascimento e posteriores cuidados no puerpério e desenvolvimento infantil, é a Rede Cegonha. Esta tem como objetivo organizar uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para combater as altas taxas de mortalidade materna infantil, com um foco na área neonatal. A Rede Cegonha também mapeia os indicadores de aumento dessas mortes e procura solucionar problemas como elevadas taxas de cesariana, intervenções médicas que levam a iatrogenia, medicalização do parto, hierarquização dos profissionais de saúde, precariedade da assistência e ideologias antigas centradas em um cuidado hospitalocêntrico e tecnocrático (SANTOS, 2013; SERRUYA, *et al*, 2004; DODOU, *et al*, 2017).

A Rede Cegonha é uma estruturação estratégica para implementar uma rede de cuidados com a finalidade de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (UNASUS/UFMA, 2015, p. 05).

Considerando o perfil epidemiológico do Brasil, um sistema de saúde fragmentado não dá mais conta das necessidades. A criação de Redes de Atenção com relações horizontais é que permitirá atender às condições e necessidades de saúde da população. Nesse modelo o centro de comunicação entre os serviços de saúde é a Atenção Primária “pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos” (SANTOS, 2013).

Assim, tendo como centro de comunicação a Atenção Primária, a Rede Cegonha se organiza a partir dos seguintes componentes, conforme a Portaria nº 1.459/2011: pré-natal, puerpério e atenção integral à saúde da criança, parto e nascimento, e sistema logístico, transporte sanitário e regulação (UNASUS, 2015).

No pré-natal a Rede Cegonha garante a captação das gestantes em seis consultas ao longo do ciclo gravídico, classificação de risco de suas gestações e o vinculamento adequado às unidades, atuando também em programas educativos que promovam o planejamento reprodutivo, principalmente em adolescentes e jovens, para que possam identificar sinais de gravidez e procurar uma unidade básica de saúde (UBS) e, caso positivo, iniciar o pré-natal precoce, além de promover grupos de incentivo a paternidade e o uso de métodos contraceptivos. Ao parto e nascimento é instituído a presença do acompanhante, visita hospitalar para a equipe de saúde que atenderá o parto da gestante e posterior agendamento da consulta puerperal entre 30 e 42 dias após o parto (UNASUS, 2015).

No puerpério e atenção integral à saúde da criança é estabelecido visitas domiciliares na primeira semana após o parto, promoção e adoção do aleitamento materno e posterior alimentação complementar, acompanhamento da criança de 0 a 24 meses, supervisionando seu cartão vacinal e atuando na prevenção de hábitos bucais deletérios. Para facilitar a locomoção da gestante em tempo hábil e com qualidade a Rede Cegonha oferece sistema de transporte sanitário, implementando a Central de Regulação Médica das Urgências que garante a transferência de unidade, caso a mesma não esteja compatível com o risco e ou fornece as condições necessárias para aquela gestante, transporte de urgências realizado pela Samu (UNASUS, 2015).

Para alcançar tais objetivos a Rede Cegonha é operacionalizada de forma a reorganizar e qualificar a atenção, solucionando a fragmentação dos serviços de saúde, impulsionar o uso de sistemas logísticos, operacionais e de informações, fornecendo financiamento para tais medidas e formando equipes de saúde conforme os ideais que da Rede, sempre levando em consideração a redução da taxa de mortalidade materna e infantil e as diferentes características regionais, que englobam fatores epidemiológicos, culturais e políticos (UNASUS, 2015)

Acerca do componente pré-natal e nascimento, são prioritárias as seguintes ações na Rede Cegonha: inserir práticas comprovadas cientificamente com ênfase na presença do acompanhante antes, durante e após o trabalho de parto; centralização do atendimento individualizado com prática

de gestão que reduzir as diferenças entre gestão e atenção, integralizando-os conseqüentemente integralizando os profissionais de saúde também; planejar as ações de saúde conforme as necessidades da atenção materna e infantil, incluindo acesso a vagas obstétricas e neonatais na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) e Leito Canguru; instituir novos centro de atenção do parto e nascimento como a Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e investimento em Casas de Parto Normal (UNASUS, 2015).

2.2 Desafios

Ainda que tenham ocorrido avanços na atenção ao parto e nascimento, é complexo e multifatorial o contexto que envolve as mudanças no modelo de atenção. Dentre os desafios que têm contribuído para dificultar a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil e implementação do parto humanizado pode-se citar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; a forma como tem se organizado a gestão dos serviços de saúde, incluindo a gestão do trabalho das equipes de saúde; e ainda a produção do cuidado centrada na realização de procedimentos sem evidências científicas e em práticas que desconsideram o protagonismo da mulher e sua família no cuidado, tendendo a “medicalizar” e “intervir” desnecessariamente o processo de gestação, parto e nascimento (SANTOS, 2013).

Um dos maiores desafios enfrentados nas implementações de programas e políticas públicas relacionadas ao parto humanizado é a hegemonia de um modelo tecnocrático estruturado por uma cultura médica e mantido pela sociedade moderna, que padroniza as ações e impossibilita uma atenção individualizada. Está inserido nesse modelo a intensa medicalização, intervenção e hospitalização no parto e nascimento, tendo por conseqüência o aumento das taxas de mortalidade materno infantil. Um dos fatores fortemente ligados a mortalidade é a ocorrência de cesarianas com indicação indevida, 4 a 5 vezes maior do que a frequência de parto normais, podendo gerar complicações a mãe e ao bebê que poderiam ser evitadas (DAVIS-FLOYD, 2001; SANTOS, 2013, PEREIRA, 2006; NAHAGAMA e SANTIAGO, 2011; CAMACHO e PROGIANTI, 2013; DODOU, *et al*, 2017).

Outro fator importante no desafio de implementação da política de humanização é a infraestrutura hospitalar que carece de materiais e equipamentos necessários, levando as

instituições a não acompanharem as demandas propostas, não conseguindo atender a quantidade de usuários e não reestruturando o ambiente do parto para que seja acolhedor para a mulher e acompanhante, estratégia que favorece a mulher ao conforto, acolhimento dos profissionais e fornece maior liberdade para a mulher no seu trabalho de parto (SILVA, *et al*, 2017), a falta de recursos financeiros, humanos e materiais expressa a vulnerabilidade da população diante de uma proposta de equidade-política, jurídica, social e econômica que necessita a proposta de humanização, em que é perceptível falhas quanto a cobertura, qualidade e continuidade da atenção, na qual precisa ser de fácil acesso independente de moradia ou condição socioeconômica (UNASUS, 2015; BUSANELLO, *et al*, s.d)

Dentro dessa conjuntura é importante destacar o insensibilidade dos profissionais de saúde acerca da prática humanizada da saúde, nos quais os mesmos têm formação insuficiente, desde as instituições de ensino, e mesmo as discussões de organizações como PHPN e Rede Cegonha são insuficientes para motivar os trabalhadores (BUSANELLO, s.d)

Outro desafio é o desconhecimento dos direitos pelas mulheres de nível socioeconômico menos abastados, em que muitas têm a percepção que a humanização da assistência é somente a diminuição de intervenções durante o parto, sem considerar a mudança em campos de gestão, infraestrutura e capacitação que é necessário para que a atenção seja considerada humanizada.

6. CONCLUSÃO

O parto pode ser um evento ramificado em diversas dimensões, tanto biológica, quanto psíquica, e discutido e avaliado em âmbito político e cultural, passando por inúmeras apropriações ao longo dos séculos até parar nas mãos da medicina moderna tecnocrática. O processo de desenvolvimento da saúde na história foi extremamente doloroso para as mulheres, que foram restringidas pelo pensamento patriarcal dominante em sociedade e muitas acabaram morrendo nas mãos dos mesmo por iatrogenia de práticas inadequadas. O saber cultural e religioso representado pelas parteiras foi substituído pelos equipamentos e tecnologias avançadas, constituindo-se na hospitalização e controle do corpo feminino.

Por consequência da cultura médica hegemônica iatrogênica, foi necessário pensar em uma forma de reconfigurar a assistência ao parto e nascimento de modo a diminuir mortes maternas e perinatais, nessa iniciativa foi sistematizada a proposta de humanização. O modelo assistencial ao parto humanizado caracteriza a fortificação da relação paciente-profissional, remodela o ambiente hospitalar para proporcionar um espaço acolhedor a gestante e acompanhante, estimula práticas que possuem comprovação científica de benefício à mulher e bebê e garante acesso ao pré-natal, parto e nascimento.

Porém, mesmo o Brasil com inúmeras políticas de humanização da assistência, capacitação de profissionais que promovam relações saudáveis e técnicas comprovadas cientificamente, ainda existe dificuldade para a implementação hegemônica desse modelo, que variam de infraestrutura hospitalar, precariedade na assistência, hierarquização profissional, intensa medicalização do parto e intervenções que agem a benefício do médico e ideias tecnocráticos que impedem a mudança de das práticas.

Nesse sentido, é urgente a implementação de mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento, bem como a mudança no modelo de gestão. Tais mudanças precisam ser orientadas pelas necessidades dos cidadãos e da produção de saúde buscando a humanização da atenção e do cuidado em saúde.

Todavia, é preciso também considerar a conjuntura de desmonte verificada no SUS que dificulta o funcionamento e manutenção da Atenção Básica, impede a entrada de recursos, que leva uma precarização em nível de quantitativos de insumos, estrutural e da força de trabalho, dificultando a implementação plena da enfermagem obstétrica e da doula na assistência ao parto, assim como de casas de parto, por exemplo. Em síntese, a institucionalização do parto humanizado é influenciada por antigos modelos hospitalocêntricos, que persistem até os dias atuais, por sua vez, os desafios da consolidação do SUS dificultam o adequado funcionamento de redes de atenção que atuassem de acordo com as diretrizes preconizadas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Cristiane Andréa Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 43, p. 98-104, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000100013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 mar. 2021.

BRENES, Anayansi Correa. **História da Parturição no Brasil, Século XIX**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 135-149, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

CAMACHO, Karla Gonçalves; PROGIANTI, Jane Marcia. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l], v. 2, n. 15, p. 684-55, 2013. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000300006. Acesso em: 10 mar. 2021.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 328 p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde). p. ISBN 978-85-7541-458-3.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. 179. ed. Brasília-df: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2016. 115 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859335>. Acesso em: 16 nov. 2019.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**. [s.i], p. 5-23. 07 dez. 2001. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0020-7292%2801%2900510-0>. Acesso em: 16 nov. 2019.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 2647-2655, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014. Acesso em: 10 mar. 2021.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.669-705, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026. Acesso em: 17 nov. 2019.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento: humanization of childbirth care in brazil: the numerous meanings of a movement. **Ciência & Saúde Coletiva**: Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, p. 627-637, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

DODOU, Hilana Dayana et al. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. **Revista Online de Pesquisa: CUIDADO É FUNDAMENTAL**, [s. l], v. 1, n. 9, p. 222-230, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5369/pdf_1. Acesso em: 10 mar. 2021.

FEDERICI, Silvia. Calibã e a bruxa. Mulheres, corpo e acumulação primitiva. Trad. de Coletivo Sycorax, São Paulo: Elefante, 2017.

_____. Mulheres e caça às bruxas: da Idade Média aos dias atuais. CANDIANI, Heci Regina (trad.). 1º ed. São Paulo: Boitempo, 2019. 158p.

FREIRE, Lincoln Lobus Gomes. **PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL**: uma revisão de literatura. 2011. 25 f. TCC (Graduação) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4804>. Acesso em: 09 mar. 2021.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. ASSISTÊNCIA AO PARTO: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Transformações no Modelo Assistencial Ao Parto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980, São Paulo, p. 166-174, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos. 22. ed. Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz, 2010. 189 p. ISBN 978-85-8547-118-7.

MAIA, Vivian Kecy Vieira et al. Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. **Revista Online de Pesquisa**,

Vitória-Es, v. 4, n. 9, p. 1055-1060, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5794/pdf_1. Acesso em: 09 mar. 2021.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 287 p. História e Saúde Collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MATOS, Greice Carvalho de et al. A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**: UFPE online, Recife, p. 870-878, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11552/13486>. Acesso em: 09 mar. 2021.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasil Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 11, p. 415-425, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400008. Acesso em: 10 mar. 2021.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do et al. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 7, p. 191-197, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292007000200010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 mar. 2021.

O RENASCIMENTO do parto. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula. Intérprete: Márcio Garcia, Andrea Santa Rosa, Michel Odent, Robbie Davis-Floyd e outros. Roteiro: Érica de Paula. Fotografia de Rafael Morbeck. Brasil: Chauvet Filmes, HTRON, Master Brasil Filmes, 2013. (90 min.), son., color. Disponível em: <https://www.netflix.com/br/title/80995575>. Acesso em: 25 nov. 2019.

Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2015. 8 p. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/. Acesso em: 11 out. 2019.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal the flexner report: for good and for bad. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Santa Catarina, p. 492-499, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. **Acta Paul Enferm**, [s. l], v. 2, n. 20, p. 205-215, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200015. Acesso em: 10 mar. 2021.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NA POLÍTICA PÚBLICA DE HUMANIZAÇÃO AO PARTO NO RIO DE JANEIRO. **Reme**, [s. l], v. 3, n. 10, p. 233-239, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1029333>. Acesso em: 10 mar. 2021.

PRISZKULNIK, Goldete; MAIA, Anselmo Carrera. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 33, p. 80-88, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-523406>. Acesso em: 10 mar. 2021.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Comunicação Saúde Educação**, Brasília-Df, v. 13, n. 1, p. 759-68, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027. Acesso em: 09 mar. 2021.

RATTNER, Daphne; JONES, Ricardo H.; DINIZ, Simone Grilo; BELTRÃO, Renata Sousa; LOPES, Ana Flávia Coelho; LOPE, Tatiana Coelho; SANTOS, Silvéria Maria dos. Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. **Brasil Mulher**, [s. l], p. 110-132, 2012. Disponível em: http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Cadernos-HumanizaSUS-v.-4_-Humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-parto-e-do-nascimento-Movimentos-Sociais.pdf. Acesso em: 13 abr. 2021.

RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. **A DECISÃO PELA VIA DE PARTO NO BRASIL: TEMAS E TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA**. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100501&lang=pt >. Acesso em: 30 mar. 2019.

SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro. POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO AO PRÉ-NATAL E PARTO: uma revisão de literatura. **Revista Científica Facmais**, [s. l], v. , n. 2, p. 54-64, 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2021.

SARMENTO, Regina; SETÖBAL, Maria Silvia Vellutini. ABORDAGEM PSICOLÓGICA EM OBSTETRÍCIA: ASPECTOS EMOCIONAIS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 12, n. 3, p.262-268, jul. 2003. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1260>>. Acesso em: 10 set. 2019.

SERRUYA, Suzanne Jacob et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p. 1281-1289, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 mar. 2021.

SILVA, Ana Carolina Lima et al. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.i], v. 19, n. 34, p.2-11, 28 nov. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v19.44139>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

SILVA, Livia Nornyam Medeiros da et al. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Revista de Enfermagem: UFPE online**, Recife, v. 8, n. 11, p. 3290-4, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110195/22085>. Acesso em: 09 mar. 2021.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa et al. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, p. 1-8, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100215. Acesso em: 10 mar. 2021.

VELHO, Manuela Beatriz et al. **VIVÊNCIA DO PARTO NORMAL OU CESÁRIO: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A PERCEPÇÃO DE MULHERES**. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200026>. Acesso em: 12 set. 2019.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A HISTÓRIA DO PARTO: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL; DAS PARTEIRAS AO MÉDICO; DE SUJEITO A OBJETO. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, ano 2015, v. 16, ed. 1, p. 95-107, 15 jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A Medicalização do Corpo Feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 84 p. **Coleção Antropologia e Saúde**. ISBN 85-7541-016-4. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/medicalizacao-do-corpo-feminino>>. Acesso em: 30 nov. 2020.