

## O PARTO HUMANIZADO COMO FORMA DE EMPODERAMENTO DAS MULHERES ATENDIDAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Izaque Pereira de Souza<sup>1</sup>  
Michele Andressa Woicolesco<sup>2</sup>

**RESUMO:** O trabalho de parto, considerado por muitos um dos mais importantes momentos da vida da mulher deslocou-se do domicílio para o hospital. Essa mudança fez eclodir uma nova cultura de atendimento à gestante parturiente, depreciando por vezes o cuidado humano em características afetivas e socioculturais e refletindo em danos à saúde da mãe e do bebê. O foco deste artigo foi analisar o histórico do parto humanizado no Brasil com enfoque no Sistema Único de Saúde (SUS) e avaliar se a gestante tem compreensão do parto humanizado como um direito reprodutivo bem como compreender se os partos do sistema público promovem a humanização e o empoderamento feminino. A partir dos hospitais pesquisados e credenciados ao SUS nos foi possível constatar que poucos são os que desenvolvem assistência humanizada integral no parto e que promovem o empoderamento feminino, o que explicita a violação dos direitos reprodutivos e da autonomia das gestantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto humanizado; Empoderamento feminino; Humanização.

### INTRODUÇÃO

Considerando a sociedade machista na qual as mulheres estão inseridas, tem-se percebido uma crescente busca pelo empoderamento das mesmas na sociedade civil. Uma das representações desse empoderamento é o enaltecimento do parto humanizado - ou o parto de forma mais natural possível - como garantia de autonomia e reconhecimentos de direitos das gestantes. Entretanto, ainda existem partos violentos, munidos de intervenções desnecessárias e que menosprezam os desejos e anseios da mulher. Devido a isso, o Ministério da Saúde (MS) criou diretrizes e portarias que objetivam proporcionar uma maior segurança na assistência desde o Pré-natal até o nascimento, a fim de diminuir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil no Brasil.

O presente trabalho se propõe analisar a dinâmica do histórico do parto humanizado realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) bem como avaliar se as mulheres reconhecem seus direitos durante a gestação e sabem exercê-los, impondo autonomia sobre o próprio corpo, reconhecendo o parto humanizado como alicerce para garantir o cumprimento de rotinas em um parto minimamente invasivo e sem intervenções não consensuais. Pretende ainda compreender se as mesmas

<sup>1</sup>Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Maringá – UEM/PR. Coordenador do curso de Serviços Jurídicos em Faculdade Focus. E-mail: ipsouza.souza@gmail.com

<sup>2</sup>Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – FAG - Cascavel, Paraná. Enfermeira. E-mail: michellewoicolesco@hotmail.com

instituições de saúde pública promovem humanização e empoderamento feminino.

O método de abordagem que será utilizada nesta pesquisa é o dedutivo, vez que a partir de uma pesquisa técnica-bibliográfica se partirá de situações gerais e genéricas, para situações particulares. O presente estudo usará o método monográfico em que, através do estudo conglobado da doutrina, artigos científicos, teses, dissertações e legislação, procurar-se-á chegar a conclusão acerca da temática.

Importante lembrar que este trabalho tem um propósito genuíno que vai desde a escolha do tema até a elaboração de seu projeto, propósito este que encontra justificativa na preocupação à temática da maternidade de forma *lato sensu*, seja no âmbito da assistência hospitalar do sistema público, seja no campo da saúde pública, seja no enfoque da humanização e empatia com seres humanos. Principalmente porque também acreditamos que todas as pessoas têm o direito a um tratamento justo e igualitário, sem discriminação ou preconceito, bem como acesso à cultura, lazer, saúde e educação, tendo consciência que elas possuem uma história de vida que as regem e moldam seus costumes e conceitos dentro de uma sociedade.

Desta forma dividiremos este estudo em três partes: a primeira trará um contexto histórico de como é a evolução da atuação dos profissionais que prestam assistência à mulher e ao recém-nascido, instituições de leis federais que dão garantias e seguridade à saúde deles, dados de índices de mortalidade materno-infantil dos últimos anos e explana também sobre o início do movimento libertário feminista e alguns dos nomes mais influentes desse movimento; a segunda parte permeará uma reflexão que enfoca se o parto humanizado é realmente um direito da gestante ou algo que lhe é beneficiado sem muito esforço; e por fim, a terceira parte trará uma correlação entre o termo empoderamento feminino, bem como sua etimologia, e o parto humanizado, com o propósito de realçar como esses dois assuntos estão interligados entre si, uma vez que uma mulher instruída sobre seus direitos e autonomia torna-se empoderada, logo assim, reivindicará uma condução de trabalho de parto humanizado e baseado em evidências.

## **1. DESENVOLVIMENTO**

### **1.1. O Sus e o Parto Humanizado: Um Breve Resgate Histórico**

Se existem eventos transformadores na vida de uma mulher, o da maternidade certamente está, se não em primeiro na lista, entre os mais importantes acontecimentos de transformação. Um misto de mudanças fisiológicas, juntamente com psicológicas formam no âmago de uma gestante, o amor entre mãe e filho. Sabe-

se que a gravidez é um processo que ocorre de forma fisiológica e que isso se caracteriza como o ponto alto de capacidade reprodutiva do gênero feminino. No entanto, é importante ressaltar que associados a essas mudanças, podem surgir sentimentos de incapacidade e incertezas, bem como, uma vontade tamanha de conhecer o que acontece no próprio corpo (Wrobel e Ribeiro, 2006).

Em contextos históricos, a assistência ao parto tinha a exclusividade de ser realizado pelo sexo feminino devido apenas às parteiras realizarem tal prática. Suas experiências, apesar de não possuírem embasamento científico, tinham grande peso na sociedade e o ato geralmente ocorria em seus domicílios, aumentando a ligação entre a parturiente e parteira, afastando ainda mais a presença masculina durante o evento fisiológico (Moura *et al.*, 2007).

Todavia, a partir da década de 40, a fase hospitalocêntrica começou a ser instituída como assistência na parturição, incluindo medicalização e outras atividades que foram enfraquecendo a autonomia da mulher parturiente e aumentando os responsáveis na condução desse evento, favorecendo assim, a submissão da mulher e a retirando de papel principal neste processo fisiológico. Partindo dessa linha de pensamento, a gestante perdeu sua autonomia e foi submetida à normas institucionais e procedimentos intervencionistas não consentidos e esclarecidos para a mesma, caracterizando o parto natural como um processo doloroso uma vez que tais intervenções impedem a continuidade seu mecanismo. Esses excessos de intervenções contribuíram e ainda contribuem para o aumento de taxas de cesariana e morbimortalidade materna e perinatal (Moura *et al.*, 2007).

No que se refere aos índices de mortalidade materna, um estudo realizado por Nagahama e Santiago (2008) mostrou que em países caracterizados como desenvolvidos, a média de mortes ocorre entre 4 a 14 para cada 100 mil nascidos vivos. Todavia, no Brasil, as taxas são mais alarmantes: 77 mortes para cada 100 mil nascimentos, tudo isso contabilizado no ano de 2007. Isto coloca o Brasil no ranking dos mais altos índices de mortalidade materna. Ainda frisam que uma em cada 370 brasileiras correm risco de vida resultantes de complicações na gestação e/ou parto, sendo elas: síndromes hipertensivas, hemorragias significativas, infecções puerperais e complicações de aborto, responsáveis por 66% dos óbitos maternos no país.

Desde a década de 1980, o procedimento de parto cesáreo, usado como modelo assistencial intervencionista, contribuiu com o aumento das taxas de complicações no parto. Cerca de 80% de partos em rede privada ocorrem através da cesariana e 26% no âmbito do SUS, equivalendo a uma taxa média de 40% de parto cesáreo no Brasil (Nagahama; Santiago, 2008).

Baseando-se no direito contemplado na Constituição de 1988 que coloca a

saúde como Direto de Cidadania e um dever do Estado bem como após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com o Ministério da Saúde (MS) no ano de 1996, aderiram e instituíram o informe intitulado Maternidade Segura, com práticas de cuidado ao parto e ao nascimento visando um atendimento seguro e humanizado a fim de reduzir a mortalidade materno-infantil (Fujita e Shimo, 2014).

Dentre as recomendações contidas no informe de assistência obstétrica supracitado englobam-se: práticas claras e que devem ser estimuladas<sup>3</sup>; as ineficazes e prejudiciais que devem ser excluídas; as insuficientemente baseadas em evidências que tornam-se inutilizadas ou usadas com cautela, até surgirem novas fontes que as comprovem; e as práticas usadas frequentemente de maneiras inadequadas (Fujita e Shimo, 2014).

Interligado a todos esses fatores o MS instaurou o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que visa assegurar uma melhor cobertura, qualidade de acompanhamento de pré-natal, estendendo a assistência ao parto e ao puerpério para as parturientes e o neonato. Esse programa enfoca na humanização da atenção obstétrica e neonatal como ponto principal para um acompanhamento eficaz de todas as fases citadas e está alicerçada nos preceitos de que unidades de saúde tem por obrigação respeitar e tratar com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido bem como adotar procedimentos benéficos no parto e nascimento, evitando métodos intervencionistas desnecessários e que possam acarretar risco ou dano para ambos (Brasil, 2002).

Outro programa criado no âmbito do SUS para fortalecer a rede de cuidados às mulheres foi a Rede Cegonha<sup>4</sup> que objetiva assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e ao cuidado humanizado em todos os ciclos gravídico-puerperais, incluindo também o direito ao nascimento seguro à criança e seu crescimento saudável. A implementação deste programa no território nacional baseia-se em critérios epidemiológicos, taxas de mortalidade materno-infantil e densidade populacional. Dito isto, resume-se que onde haja algum desses critérios, o programa está em funcionamento (Brasil, s.d).

A humanização do parto e nascimento visa a quebra de paradigmas associados à mulher e o resgate de sua autonomia, tendo como embasamento teórico

---

<sup>3</sup> Boas práticas na assistência obstétrica durante o trabalho de parto podem ser entendidas como: oferta de líquidos por via oral; empatia por parte da equipe assistencial; respeito à autonomia da mulher quanto a escolha de acompanhante na parturição, esclarecimento de dúvidas e informações a livre demanda; utilização de métodos não invasivos e farmacológicos para a diminuição da dor, liberdade de escolha de posição e movimentação; amamentação e estímulo mãe e filho já nas primeiras horas de vida do neonato (OMS, 1996).

<sup>4</sup> Através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui-se, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.

práticas benéficas durante a parturição. Historicamente falando, até chegarmos a esse ponto de seguridade de direitos reprodutivos da mulher e humanização no parto, houve movimentos libertários que evoluíram com o passar dos anos e que graças a eles, no contexto atual as mulheres são vistas e ouvidas em uma sociedade majoritariamente machista.

Um dos movimentos libertários políticos supracitados tornou-se conhecido como Feminismo, englobando teoria, prática e ética com o intuito de mulheres tornarem-se protagonistas de suas vidas e condições sociais, ressoando suas vozes a fim de receber notoriedade e reconhecimento dos direitos e autonomia do próprio corpo (Alves e Alves, 2013). Resgatando o contexto histórico ocidental desse movimento, houve mulheres que se rebelaram contra suas condições e lutaram por liberdade em situações que lhes custaram a vida. A Igreja Católica no período da Inquisição, foi uma das mais avassaladoras forças contra a mulher que se rebelasse pelos princípios impostos como dogmas inabaláveis. Por volta do século XIX na Inglaterra, aconteceu a primeira onda feminista, assim conhecida, com as mulheres que se uniram para lutar por igualdade de direitos, onde o que primeiramente se popularizou foi o do direito ao voto o que as tornou conhecidas por sufragetes. Estas mulheres promoveram notórias manifestações em Londres, fazendo greve de fome e sendo recorrentemente presas (Pinto, 2010).

No Brasil o embate não foi diferente; o feminismo se manifestou pelas sufragistas na luta pelo direito ao voto, movimento esse liderado pela bióloga e cientista Bertha Lutz que estudou no exterior e retornou na década de 1918, dando o pontapé inicial por esse direito à mulher brasileira. Seguindo a onda feminista instalada no Brasil, merece também atenção o Movimento de Mulheres Operárias, de ideologia anarquista, conhecidas como a União das Costureiras, Chapeleiras e classes anexas, que proclamaram: “Se refletirdes um momento vereis quão dolorida é a situação da mulher nas fábricas, nas oficinas, constantemente, amesquinhas por seres repelentes”, num manifesto no ano de 1917. Todavia, esse feminismo inicial desacelerou na Europa, nos Estados Unidos e Brasil na década de 1930, ressurgindo com imponência na década de 60 (sessenta) (Portal Brasil).

Na lacuna entre esses períodos, Simone de Beauvoir, escritora, intelectual, ativista política, feminista e teórica social francesa escreveu um livro que se tornaria fundamental para esta nova onda feminista<sup>5</sup>, chamado de O Segundo Sexo, publicado

---

<sup>5</sup> O feminismo percorreu notáveis momentos que foram divididos em três períodos, ou ondas feministas, como comumente são chamadas: 1º O movimento foi expresso pela luta ao direito do voto – direitos políticos das mulheres; 2º Originaram-se durante o regime militar no Brasil e demais países latino-americanos e caracterizaram-se por resistência a esse regime, pela luta contra violência sexual, direito do prazer sexual e contra a supremacia masculina; 3º Marcado pela incisiva participação das mulheres

pela primeira vez em 1949, com a icônica frase feminista: “não se nasce mulher, se torna mulher”, abordando também o cerne de toda a opressão feminina, analisando o desenvolvimento psicológico como também as condições sociais que interferiam esse quesito na mulher (Pinto, 2010).

Scavone (2001, *apud* Carneiro, 2011, p.239) traz em seu estudo um panorama de como o movimento feminista abordou a questão da maternidade, que fora subdividida em três períodos. No primeiro, as feministas não viam a maternidade como uma dádiva exclusiva dada ao sexo feminino e sim, como um defeito natural, usando o termo *handicap*, que as limitavam como um grupo marcado pela fisiologia humana. Sendo assim, o quesito de maternidade tornou-se diretamente proporcional ao da dominação masculina, limitando sua identidade e independência, baseando-se no livro de Beauvoir, *O Segundo Sexo* de 1949, em que se tinha como princípios fundamentais a liberdade sexual e o livre arbítrio entre a prática de contracepção e aborto.

Encaixando-se nesse ideário, a maternidade também tornou-se sinônimo de controle do sexo feminino, ocasionando assim, uma negação ao evento fisiológico. Nessa época, com todos os ideais à flor da pele, ainda pôde se encontrar grupos de mulheres separatistas: de um lado surgiram mulheres conservadoras e natalistas que prezavam pela família, moral e bons costumes; do outro as feministas francesas e europeias que proclamavam “un enfant, si je veux, quand je veux”<sup>6</sup>, período esse que caracterizou-se como o feminismo igualitário na década de 70 da Europa (Scavone, 2001, *apud* Carneiro, 2011, p.239).

No segundo período, passa-se do pressuposto de maternidade como defeito natural e parte-se para a teoria de que a mesma fora transpassada à mulher como poder singular, associados à reprodução feminina e a fonte de vida e poder que a união do cordão umbilical da mãe com o feto fomenta, baseando-se em interpretações antropológicas e psicanalíticas. Esta abordagem daria sentido ao “feminismo da diferença”, cuja expressão central afirmaria então as diferenças e a identidade feminina. No último período, o suposto *handicap* é desconstruído pela corrente teórica que desmistifica a reprodução biológica como determinante social das mulheres, encaminhado então, ao entendimento de que a dominação de um sexo sobre o outro depende apenas de fatores sociais e não biológicos (Scavone, 2001, *apud* Carneiro, 2011, p.239-240).

## 1.2. Parto Humanizado: Direito Ou Benesse?

---

brasileiras no processo de redemocratização e construção de um feminismo difuso – destacando ainda mais processos de institucionalização e discussões de diferença entre o próprio gênero (MATOS, 2010).

<sup>6</sup> “Uma criança, se eu quiser, quando eu quiser.”

Os indicadores de assistencialismo<sup>7</sup> no ciclo gravídico-puerperal no Brasil são desencorajadores.

Sua casualidade é atribuída a fatores sócio-demográficos, culturais e a políticas de saúde que não são colocadas em prática. Como já citado anteriormente, as taxas de mortalidade materna são altíssimas, resultante de uso abusivo de cesáreas e contribuem diretamente para a desumanização da assistência, acarretando em descrença da qualidade e preparo dos profissionais que prestam atendimento à parturiente e recém-nascido. O sucateamento da assistência pode correlacionar-se também com a redução de verbas e profissionais atuantes ou despreparo dos mesmos, falta de materiais e medicamentos e dificuldades de gerenciamento (Merighi e Gualda, 2009).

Apesar dos altos índices de mortalidade materno-infantil no Brasil, existem Políticas Públicas e leis voltadas para a seguridade da assistência ao parto e humanização. Uma delas é a Portaria nº 569/GM de 1 de junho de 2000, que assegura um acompanhamento adequado no parto e puerpério, tornando indispensável o tratamento com dignidade à mulher e o recém-nascido, pontuando também a adoção de práticas humanizadoras e não-intervencionistas (Brasil, 2000).

Interligado a isso, os direitos humanos já são reconhecidos em leis nacionais e em documentos internacionais, através da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1948, que garantem direitos declarados como básicos<sup>8</sup> para uma vida digna, não distinguindo-os de raça, cultura, religião, orientação sexual ou condição social (Brasil, 2010). Trazendo para uma especificidade de direitos humanos relacionados à mulher, em 1995 a ONU declarou que:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências (ONU, 1995, s.p.).

<sup>7</sup>O termo assistencialismo tem sua origem interligada ao Serviço Social e se caracterizava por um grupo de pessoas que trabalhavam para garantir a harmonia entre classes sociais, visando à redução das desigualdades comumente relacionada à pobreza, falta de saneamento básico e condições de moradia, bem como, o direito à saúde igualitária. Cabe salientar que na esfera do Serviço Social, após a década de 1960 houve o movimento de reconceituação que promove um olhar diferenciado para essa dinâmica, compreendendo a necessidade de se promover a autonomia e emancipação do sujeito, promovendo nos profissionais (Assistentes Sociais) a reflexão acerca das expressões da Questão Social (CATUSSO; SOUZA; FERRARI, 2013). Faz-se uma conexão do termo assistencialismo ao cuidado assistencial de enfermagem devido ao fato dos objetivos fundamentados do termo estarem em discrepância no cuidado dos profissionais de enfermagem com às parturientes que dependem do atendimento gratuito do SUS (FIDELIS, 2005).

<sup>8</sup> Direito à vida, alimentação, saúde, moradia, educação, afeto, direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2010).

A despeito de todas as leis e políticas públicas instituídas para garantir um melhor acesso à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, um dos direitos comumente desrespeitados pelas instituições de assistência é o do direito de livre escolha de acompanhante, com amparo da Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 que garante às parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto bem como no pós parto imediato no âmbito do SUS (Brasil, 2005). Porém, mesmo contemplada por todos os direitos supracitados, a mulher ainda padece de humanização nas redes de atenção do SUS, onde sua fisiologia do parto é interferida por procedimentos desnecessários, mesmo aqueles não preconizados pelo MS como rotina.

Sabe-se que se respeitados os direitos da mulher, abrangendo também aspectos sociais e culturais da mesma, há uma melhora no suporte emocional tanto para a parturiente quanto aos familiares, facilitando assim o vínculo mãe e filho, e aumentando a confiabilidade da gestante aos profissionais que na hora estarão prestando a assistência. Contudo, isto ainda é motivo de desafio às instituições que assistem a parturiente, onde a dificuldade encontra-se na mudança de práticas predominantes normatizadas à vinculação do parto (Souza *et al.*, 2011).

Ainda nos referindo ao conceito de autonomia feminina, no contexto etimológico esta se traduz como auto = próprio, nomos = norma, regra, lei, o que evidencia a liberdade de escolha e o exercício da mesma, como representado em sua origem linguística. Sob esta perspectiva, uma pesquisa realizada por Malheiros *et al.*, (2012), com profissionais enfermeiros e médicos atuantes na assistência ao parto e nascimento da maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói (Rio de Janeiro) no ano de 2010, buscou-se entender qual a percepção dos mesmos sobre os termos autonomia e empoderamento da gestante.

Os sujeitos do estudo demonstraram através de sua palavra ou a descrição do significado dessas palavras que valorizam o protagonismo feminino no momento de parturição, mostrando como o empoderamento pode ser benéfico no controle dos atos, partindo do acesso à informação até a consciência plena de direitos relacionados à mulher e ponderando também que isto germina a mudança de atitudes em posturas ativas, onde o indivíduo sabe o melhor para si.

Uma rede de atenção similar à Rede Cegonha, intitulada como Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), foi criada com cinco objetivos. Um dos mais importantes é o incentivo às mulheres no aumento de autonomia e poder sobre o corpo na hora do parto, alcançando assim uma maior participação feminina e melhora na qualidade da assistência prestada ao parto e nascimento. Ainda corroborado com o estudo de Malheiros *et al.*, (2012), mostrou-se que os entrevistados



pontuaram que para a humanização acontecer, é necessário que o respeito à mulher e a sua fisiologia prevaleça, através da percepção dos profissionais em uma assistência não intervencionista.

Semelhante ao estudo anterior, Silva *et al.*, (2013), realizou uma pesquisa em um Centro Obstétrico (CO) de um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, todos com experiência na área obstétrica, hospital este referência em prematuros de extremo baixo peso e em partos de alto risco.

No quesito de respeito à privacidade e intimidade das gestantes, a maioria afirmou que durante o trabalho de parto e parto isto é relativamente acatado; o direito ao acompanhante foi garantido em praticamente os partos e mais da metade dos profissionais considerou sua relação com a gestante e seus familiares como regular ou boa. Acerca das medidas não farmacológicas de alívio de dor, a maioria dos profissionais referiu orientação à gestante. Em contrapartida, a autonomia da mãe na escolha do tipo de parto desejado não fora respeitada pelos profissionais bem como a estimulação precoce de contato mãe e filho e a amamentação logo após o nascimento – fatores que acabam por tornar a humanização ao parto pouco efetiva (Silva *et al.*, 2013).

Ainda no mesmo estudo, quando indagados acerca de intervenções consideradas desnecessárias no trabalho de parto e parto normal - muitas delas consideradas pelo MS como violências obstétricas - os profissionais não referiram uso de enema; quanto à tricotomia, alguns ainda utilizavam esse método; a ocitocina apareceu como uso rotineiro pela instituição e a posição litotômica<sup>9</sup> predominou em todos os partos normais que realizavam. Por sua vez, a episiotomia é realizada por metade dos profissionais da amostra, o fornecimento de alimentos e líquidos para a parturiente durante o trabalho de parto era oferecido por menos da metade dos profissionais e a amniotomia<sup>10</sup>, era considerado procedimento padrão dentro do CO (Silva *et al.*, 2013).

A busca por periódicos que apresentassem estudos de assistência de forma humanizada à gestante, abrangendo todas as diretrizes preconizadas pelo MS, em instituições vinculadas ao SUS ainda é precária, tornando difícil confrontar com os estudos já citados anteriormente. No estado de Santa Catarina, em um hospital filantrópico mantido com recursos do SUS e outros convênios que atende gestantes de

<sup>9</sup>A posição de litotomia é usada em procedimentos que requerem abrangência da área perineal do paciente, comumente usada em cirurgias ginecológicas, obstétricas ou proctológicas. Essa postura, considerada não natural, tem grande potencial de traumas ao paciente (SILVEIRA, 2008).

<sup>10</sup>A amniotomia caracteriza-se pela ruptura artificial ou mecânica das membranas ovulares que protegem o bebê, inserindo um instrumento estéril na cérvix da gestante por meio do toque vaginal (MARQUES *et al.*, 2005).

alto risco e possui um centro obstétrico de referência regional, a estrutura física preenche todos os requisitos para o atendimento da mulher em trabalho de parto, deixando apenas a desejar o espaço físico de descanso dos profissionais que prestam assistência (Reis; Patrício, 2005).

Reis e Patrício (2005) ainda ponderam que a instituição objetivava o enfoque humanístico, onde implementaram cinco programas, sendo eles: Programa Mãe Canguru que estimula o contato pele a pele do recém-nascido com a mãe por tempo determinado no alojamento conjunto, visto que os mesmos ficam no setor intermediário à Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Programa ABC do acompanhante, entretanto ainda sem aplicabilidade no CO; Programa Encantando o Cliente, avaliados pelos funcionários como relevante; Programa Humanização da Assistência Hospitalar que estava sendo transmitido a todos os setores do hospital; Programa Vida Nova que visa melhorar a qualidade de vida dos funcionários da entidade. Entretanto não se observa ao decorrer do estudo, a implementação de programas enfocados da humanização da assistência à parturiente.

Apesar de todos os impasses encontrados frente à humanização do parto e nascimento, as enfermeiras da Maternidade Leila Diniz (MLD) lutaram pela implementação de modelo assistencial com práticas obstétricas de enfoque nos direitos e vontades da parturiente. Elas possuem título de especialista em enfermagem obstétrica, onde puderam implantar o Projeto de Assistência ao Parto e Nascimento por Enfermeiros Obstetras (PAPNEO), uma assistência na perspectiva de modelo humanizado devido ao poder científico adquirido ao longo da titulação (Mouta e Progianti, 2009).

Os objetivos desse modelo assistencial constituíam-se em: resgatar a prática do parto em posição vertical, reconhecer a autonomia da gestante na condução do trabalho de parto e parto; sensibilizar e capacitar profissionais de saúde a fim de mostrar a importância do parto e do nascimento como eventos naturais; incentivar e promover a prática do aleitamento materno (Mouta; Progianti, 2009).

O autor ainda pontua que, a partir da criação do projeto, as enfermeiras da MLD tornaram-se respaldadas pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e pela direção da maternidade para divulgar em âmbito nacional e internacional as propostas adotadas na assistência. Resultando em fortalecimento de bases científicas de modelo humanizado e desmistificando o modelo tecnocrático usualmente inserido. Isso porque também associaram os conhecimentos humanizado ao grupo de gestantes durante o Pré-Natal, fornecendo informações sobre o parto normal, posições adequadas no período expulsivo e o incentivo ao aleitamento materno precoce e todos os benefícios que essas atitudes trariam às parturientes

(Mouta e Progianti, 2009).

Corroborando com o estudo na MLD, Wrobel e Ribeiro (2006) realizaram uma pesquisa em uma maternidade municipal da cidade de Londrina/PR onde todas as gestantes entrevistadas eram usuárias do SUS e em 2002 foi implantado o processo de humanização no parto na instituição. No que tange o direito ao acompanhante, todas as parturientes entrevistadas referiam a presença de uma pessoa de confiança, sem nenhum impedimento. A maioria delas tiveram direito à informações e explicações de procedimentos realizados por parte da equipe assistencialista, fato esse que promove uma maior confiabilidade, satisfação, autoestima e alcance na excelência do cuidado prestado. As intervenções de relaxamento e alívio da dor foram praticadas por 70% (setenta) das gestantes, e das vinte gestantes assistidas durante o trabalho de parto e nascimento, treze evoluíram para parto normal; seis para cesáreo e um em parto com auxílio do fórceps. Isso demonstra que o atendimento humanizado no parto e nascimento engloba aspectos psicológicos, fisiológicos, sociais, espirituais e emocionais objetivando um resgate ao afeto e empatia como princípios de trabalho, valorizando a conexão com as gestantes para uma melhora na obtenção de resultados significativos para a mãe e o bebê (Santos, 2015).

O suporte emocional e a atenção à saúde da mulher com o mínimo de intervenções são medidas preconizadas pela OMS, acarreta em impacto significativo na dor do parto com a diminuição da analgesia, durabilidade menor de trabalho de parto e queda nos índices de cesárea (Wrobel e Ribeiro, 2006). Enfoca-se também na relação entre profissionais e mulheres, o respeito pelo processo natural que é o parto, levando em consideração os valores culturais, emocionais, sociais e psicológicos da gestante e de seus familiares, bem como o direito de assistência adequada, escolha de local de parto, informações inerentes durante os nove meses de gestação, postergando direitos e informações para o momento do trabalho de parto, conscientizando-os também sobre riscos conforme escolhas, o direito de acompanhante familiar e/ou doulas<sup>11</sup> durante este processo (Santos, 2015).

Conforme estudos que foram realizados em diferentes países e continentes, as experiências do parto, a falta de empatia e a desumanização, relacionadas ao desrespeito do momento vivido pela mulher e sua dor, até violência institucional e negligência de assistência, resultam em danos psicológicos às parturientes. Esses resultam em medo e desconfiança entre profissionais e pacientes, desestruturando todo o cultivo de boas práticas na prestação do cuidado (Santos, 2015).

---

<sup>11</sup>Doula é uma palavra de origem grega que significa "mulher que serve a outra mulher". Atualmente, refere-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto. Esse suporte aborda aspectos emocionais como encorajar, tranquilizar e estimular; medidas de conforto e prestar orientações (SANTOS, NUNES, 2009).

No mesmo sentido, em relatório elaborado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard em 2010, evidenciou-se desrespeito e abuso no parto os quais violam direitos humanos e princípios éticos, elencados como: abuso físico e verbal, intervenções sem consentimento, falha na confidencialidade no cuidado e discriminações baseadas em fatores etnicorraciais e socioeconômicos. Ainda, o estudo revela que as atitudes discriminatórias – sociais ou étnicas – e desumanas quando da assistência ao parto como também, a estigmatização da gravidez ocorrida durante a adolescência e a ilegitimidade da reprodução e sexualidade de mulheres classificadas como subalternas, resultam em uma “naturalização do sofrimento” (Santos, 2015).

Contudo, Castro (2003) relata em seu estudo - através do Dossiê do Parto da Rede de Saúde - que “a definição do que é parto normal não é universal nem facilmente padronizável, porém, a assistência deve ser centrada nas necessidades da parturiente, em vez de organizada segundo as necessidades das instituições e dos profissionais.” Ressalta ainda, que o termo humanizar e suas várias vertentes foram adotados pelo movimento feminista como um conceito de reconhecimento de direitos fundamentais de mães e crianças, pautadas em evidências científicas.

### **1.3. Parto Humanizado e Empoderamento Feminino**

Quando o termo empoderamento é discorrido ao longo do texto, é de suma importância resgatar seu contexto histórico, para poder solidificar o posicionamento do presente estudo e corroborar com o parto humanizado, ambos em alta na sociedade atual. A palavra empoderamento originou-se da língua inglesa empowerment, foi ampliado também para o espanhol empoderamiento e, posteriormente, alocado na língua portuguesa. Por ser um termo empregado no cotidiano da sociedade atual, tem-se a impressão de um termo “gourmetizado”<sup>12</sup>, considerado um assunto em ascensão. Todavia, a palavra tem origem antiga, aparecendo no Dicionário Caldas Aulete em 1958 como um sinônimo de “apoderar-se, apossar-se de algo”. Seu prefixo traz significado para a palavra ação e atualmente o termo é empregado na modificação de um sujeito, transformando-o em agente ativo, variando de acordo com o contexto e situação que são empregados (Mageste, Melo e Ckagnazaroff, 2008).

Sardenberg (2009) traz em sua transcrição que o termo empoderamento refere-se a uma gama de atividades que vão de uma afirmação individual até o enfrentamento, protesto e mobilização coletiva, que interpelam contra relações de

---

<sup>12</sup>A palavra “gourmetizado” foi associada pela autora com o termo empoderamento devido ao fato desta palavra ser usada corriqueiramente na sociedade para dar um toque de requinte ou “pompa” a algo que é antigo ou considerado normal em algumas culturas. Como citado no texto, a origem da palavra empoderamento foi encontrada em um dicionário há mais de cinco décadas, mas sua notoriedade ocorreu somente nos dias de hoje e é encarada como uma contemporaneidade, um modismo cultural.

poder da sociedade. Englobam-se nesse quesito os indivíduos ou grupos onde seu acesso a recursos estejam designados por classe, gênero, raça e etnia. O empoderamento surge quando eles identificam o sistema opressor em que habitam e atuam em prol de mudanças no poder existente, tornando-se assim, um processo de modificação na natureza e no poder vigente que marginalizam principalmente mulheres e minorias sociais.

Entendendo que o empoderamento está interligado com sua ação e resultado, o termo entre a classe das mulheres objetiva reformular um processo de questionamento de ideologia patriarcal, modificar instituições que reproduzem a discriminação de gênero e desigualdades sociais, propiciar condições para que mulheres de baixo nível socioeconômico tenham acesso igualitário a recursos materiais e informativos. Contudo, o empoderamento está interligado em dimensões, igualmente relevantes, mas insustentáveis se analisados individualmente, não favorecendo a mulher atuar em seu benefício. Abrangem estas dimensões a cognitiva que permeia a visão crítica da realidade; a psicológica que envolve o sentimento de autoestima; e a política que torna o indivíduo capaz de conscientizar-se sobre desigualdades sociais e a capacidade de organizar-se em grupo (Sardenberg, 2009).

As questões de gênero vêm aprofundando-se nas ciências sociais desde o século vinte e o movimento feminista criou condições para que elas fossem analisadas com novas perspectivas. Mageste, Melo e Ckagnazaroff (2008) relatam que a argumentação envolta do empoderamento de mulheres deu-se através de debates importantes promovidos pelo grupo libertário feminista ao redor do mundo, onde identificaram que estratégias e intervenções de base não progrediram a ponto de melhorar as condições das mulheres. Atribuíram os percalços ao enfoque de bem-estar e pobreza, e não obtiveram resolutividade em setores de opressão e exploração do gênero feminino.

No ano de 1987, realizou-se o Encontro Feminista Latino-americano no México, e, a partir dele, deu-se devido reconhecimento a outros modelos de poder, podendo discorrer sobre “empoderamento das mulheres”. No Brasil, alguns estudos do movimento estão focados em lutas exclusivas que envolvem delegacias, conselhos e legalização de aborto que distinguem esse processo como um plano de ações conjuntas, visando empoderar organizações bem como aumentar a notoriedade do movimento feminista (Sardenberg, 2009).

Ao compreender a relevância que a palavra empoderamento traz junto de si e ao associa-la com o parto humanizado, salientado à gestante que ela possui esse direito, tem-se o empoderamento da mesma. Sua autonomia é expressa na competência humana de agir em relação a si próprio, sendo uma precondição para

sua saúde e cidadania. Sem isso estas políticas públicas de saúde tornam-se sem propósito. A identidade de uma mulher empoderada envolve reconhecimento de responsabilidades reprodutiva e contraceptiva, ao direito ao aborto seguro e lícito, acesso a informação, controle de fecundidade, liberdade sexual e reprodutiva sem discriminação e violência física ou verbal da sociedade (Pereira e Bento, 2011).

Tal raciocínio acerca do termo bem como as análises desenvolvidas até o momento neste estudo, nos permitem perceber que os partos realizados no SUS não têm promovido a humanização e empoderamento feminino. Alguns direitos durante a parturição são concedidos às gestantes, mas na medida em que é exercido, outros são desconsiderados, violando o corpo e a autonomia da mulher.

Vindo confrontar os resultados não favoráveis do presente estudo, Pereira e Bento (2011) mostram em sua pesquisa uma Casa de Parto, na cidade do Rio de Janeiro que vêm oferecendo, desde o ano de 2004, assistência humanizada às gestantes de baixo risco, incluindo cuidados desde o pré-natal, parto, pós-parto e ao neonato, bem como intercorrências clínicas e obstétricas. Nesta instituição são realizados grupos educativos que compreendem orientações, oficinas, dinâmicas, entre outros. Tudo o que fora citado envolve aspectos gestacionais, como o trabalho de parto, amamentação, vínculos, direitos das gestantes, gênero e sexualidade, cuidados de enfermagem, com o recém-nascido e no puerpério imediato. As práticas realizadas neste estabelecimento foram relatadas abaixo:

[...] Desde o acolhimento, as palestras, eles (enfermeiros) te ensinam tudo, como amamentar, como cuidar do bebê, sobre o trabalho de parto. Tudo eles ensinam. Tudo é conversado. Eles explicam os procedimentos da Casa (Puérpera E.1). As enfermeiras me examinavam e me esclareciam dizendo que estava tudo transcorrendo normalmente (Puérpera E.11). [...] Os enfermeiros que assistiram meu parto foram muitos competentes. Foram companheiros nessa hora que as mulheres precisam ser tratadas com respeito e carinho. O meu filho ainda estava com o cordão umbilical no pescoço (Puérpera E.15). [...] Ele (enfermeiro) aconselhou que eu não fosse para a banheira. Então, eu fui para o chuveiro e me ajudou bastante a relaxar. Fiquei sentada no banquinho, molhando minha barriga. Ajudou bastante. Eu me senti melhor (Puérpera E.10). Em termos de atendimento, sempre fui muito bem atendida. O pessoal é simpático. Em termos técnicos, eu não tenho nada a reclamar. Nós fizemos alguns exercícios para relaxamento para facilitar o parto. Ajudou muito (Puérpera E.11). [...] Tudo o que eu tive vontade na hora, de abaixar, levantar, massagem, escolher as pessoas que iam ficar comigo, quem ia cortar o cordão, tudo foi eu que escolhi. Nada influenciado por eles. Eu mesmo escrevi num papel (plano de parto), passei para elas (enfermeiras) e foi tudo exatamente do jeito que eu escolhi. A filmagem, foto, música, tudo do jeito que eu pedi (Puérpera E.6). As enfermeiras dão a opção para a gente escolher a posição do parto. Se a gente quer na banheira, de cócoras. É livre arbítrio. Aqui é tudo. Eles perguntam, a gente dialoga, conversa (Puérpera E.13) [...] (Pereira e Bento, 2011).

O trabalho de parto envolve uma gama de fatores, entre físicos, psicológicos, ambiental e assistencial. Dito isso, não se pode descartar as possibilidades de imprevistos pois, mesmo que haja toda uma preparação por parte das parturientes, isso não se reflete como uma autonomia não exercida por ela. A dinâmica do parto pode remodelar as preferências iniciais da gestante fomentando novas escolhas instintivamente induzidas pelo corpo no momento de parir, como explanado nos depoimentos abaixo:

Na hora de fazer o plano de parto eu queria ficar na banheira. Mas, na hora do parto não deu tempo de escolher. Foi de lado, lateralizado (Puerpera E.3). O parto foi lateralizado. Eu tinha planejado de cócoras. Mas, nada é como a gente planeja. Eu não consegui. Tentei ficar de cócoras porque é mais rápido. Mas, não consegui. Era muito dor e eu fiquei aqui mesmo (cama da suíte de parto). Achei muito melhor. Lateralizada a dor diminuiu bastante durante a contração (Puerpera E.10) (Pereira e Bento, 2011).

Na cidade de Curitiba, no Paraná, existe a Maternidade Bairro Novo, fundada em março de 2013, que atende gestantes de baixo risco e presta serviços exclusivamente pelo SUS, e prioriza as moradoras da região sul da cidade e realiza, em média, 200 partos por mês. A maternidade adotou as diretrizes do Ministério da Saúde, anteriormente citadas neste artigo, dando prioridade ao parto normal pela segurança como também pela recuperação mais rápida para a mulher (Feaes, s.d).

A maternidade se tornou referência em Parto Humanizado, e a diretora executiva do local, Tereza Kindra, reforça sua relevância ao afirmar que: “Procuramos oferecer o atendimento integral à mulher gestante e ao bebê, desde o momento em que ela vem conhecer a Maternidade até a alta”. O primeiro contato da parturiente com a maternidade ocorre ainda na gestação, com a equipe de enfermagem realizando orientações sobre a fisiologia da gravidez e desenvolver do parto. O lugar conta com uma oficina intitulada Aconchego, conduzida por uma psicóloga, onde a mulher pode interagir em grupo e externar suas percepções e expectativas sobre gravidez, nascimento e mitos em torno de todo o processo. A maternidade ainda propicia o alojamento conjunto e as mulheres podem conhecer as técnicas humanizadas oferecidas, como também podem presenciar um banho de recém-nascido em balde (ofurô) (Paraná, 2016).

A psicóloga Itala Duarte ressalta ainda que ‘a importância deste momento é a formação do vínculo com a instituição e seus profissionais. Além de ser um espaço que proporciona escuta e compreensão de suas expectativas e experiências contribuindo com o processo de empoderamento da gestante’ (Paraná, 2016).

Ainda se tratando de atendimento humanizado no trabalho de parto, em Belo Horizonte – Minas Gerais, existe o Hospital Sofia Feldman, considerado referência

nesse assunto e reconhecido em todo país pela sua assistência à mulher e a criança. E o mais importante: todo o atendimento e assistência é realizado pelo sistema público de saúde, nosso SUS.

Na maternidade do Sofia Feldman, toda a equipe multidisciplinar proporciona atendimento humanizado, a fim de estreitar laços entre mãe, filho e família promovendo ações de restaurar a imagem do parto natural de um modo seguro, prazeroso e benéfico no momento de parir; conscientizam as mulheres sobre seus direitos como forma de empoderamento; envolvem o pai da criança no processo de nascimento; respeitam à escolha do acompanhante pela mulher durante o trabalho de parto; possuem assistência de enfermeira(o) obstetra e todo o suporte de doulas; incentivam o aleitamento materno; possuem alojamento conjunto para a mãe e recém-nascido e uma rede de proteção social ao recém-nascido (Hospital Sofia Feldman).

No transcorrer deste trabalho, pode-se notar que em alguns estabelecimentos hospitalares as preconizações do MS não são cumpridas em sua totalidade ou em nenhuma parcela, seja por falta de preparo da equipe que presta assistência, por normativas específicas de cada unidade, como também pelos profissionais de saúde que beneficiam-se com a falta de empoderamento e conhecimento de direitos por parte da gestante, realizando intervenções desnecessárias e transparecendo à parturiente e sua família que os procedimentos fazem parte de uma atividade normativa da instituição, correlacionado com a visão patriarcal, onde o médico é o responsável pelas escolhas de condução do parto, infringindo o direito de escolha da mulher.

Contudo, é reconfortante tomar conhecimento que a Casa de Parto no Rio de Janeiro, a Maternidade Bairro Novo em Curitiba e o Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte ofereçam atendimento realmente humanizado no parto e promovam o empoderamento dessas mulheres pelo SUS, acolhendo todas as condições socioeconômicas, etnias, raças e níveis de instrução. Mesmo sabendo que a oferta destes serviços seja surpreendentemente menor do que o número de nascimentos por ano.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A promoção de um parto mais humano e que respeita as vontades de uma gestante no mundo contemporâneo é, reconhecidamente, um desafio e tanto. Todavia, isso não sentencia obrigatoriamente um resgate histórico de como nossas avós e mães pariram. Pelo contrário, a promoção de uma assistência digna e respeitosa à mulher deve buscar contribuir para que o ambiente hospitalar esteja o mais próximo possível do aconchego familiar, respeitando sua escolha de acompanhantes durante o



decorrer trabalho de parto e como tudo deve acontecer, desde de uma posição mais confortável parar parir, como quais intervenções farmacológicas e/ou tecnológicas devem ser exercidas e quais benefícios essas condutas trazem para ela e seu bebê.

Proporcionar segurança e conforto à gestante e seu recém-nascido é promover saúde de toda uma população. O acesso à informação em todos os níveis sociais, saneamento básico igualitário ou minimamente infra estruturado, promoção de políticas públicas efetivas e o reconhecimento de direitos assegurados por lei também refletem em uma sociedade mais crítica e responsável sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, influenciando na redução dos índices de aborto e mortes de mulheres em clínicas clandestinas desestruturadas ou em abortos caseiros malsucedidos.

Do mesmo modo como a legalização do aborto tramita juntamente com o tema discorrido neste artigo, devido ao fato de ser um procedimento com grande influência nas taxas de mortalidade materno-infantil, onde sua redução é diretamente proporcional ao aprimoramento de políticas públicas mais inclusivas e efetivas, acesso à informação e educação em saúde sexual e fornecimento de métodos contraceptivos eficazes.

O presente trabalho nos possibilitou explicar como ocorreu a evolução do contexto histórico acerca do parto humanizado realizado pelo SUS no Brasil, quais foram os movimentos libertários que fomentaram a reivindicação de mudanças sobre o papel da mulher na visão política, social e cultural. Tais fatos, ainda que em números não deletosos conforme verificamos nessa pesquisa, influenciaram uma sociedade considerada predominantemente machista e misógina a respeitar os direitos sexuais e reprodutivos do sexo feminino.

Ainda nos foi possível perceber, como trazido nos estudos de Wrobel e Ribeiro (2006) realizado com gestantes, que o conhecimento acerca dos direitos reprodutivos e humanização no parto já se verificam, uma vez que as porcentagens demonstram que algumas das boas práticas na assistência no trabalho de parto, bem como a lei do acompanhante, foram respeitadas pela instituição e que os acessos à informação sobre as condutas foram concedidos.

Outro objetivo proposto que também pôde ser compreendido e afirmado ao longo deste trabalho foi a promoção da humanização no parto e o empoderamento feminino no SUS através dos achados bibliográficos sobre as instituições Maternidade Bairro Novo de Curitiba, Sofia Feldman de Belo Horizonte e Casa de Parto no Rio de Janeiro, espaços que se tornaram referência de atendimento, adquirindo notoriedade nacional através de sua uma cobertura integral à gestante e recém-nascido, proporcionada por um parto o mais natural possível e também pela promoção do empoderamento em suas mulheres, mostrando que o protagonismo de suas escolhas

e o decorrer de cada conduta da equipe multidisciplinar dependem de sua afirmação positiva, tudo isso comprovado através dos diálogos realizados entre as entrevistadas e os estudos realizados nessas instituições.

Ademais, os trilhos percorridos pelo empoderamento e a humanização no parto, ainda que não numerosos se avaliado em toda extensão nacional, tem sido favoráveis para uma eclosão contemporânea no tema proposto e estão despertando o interesse de mulheres de todos os níveis socioeconômicos bem como profissionais da saúde que estão buscando se especializar para melhorar a assistência prestada à gestante e seu filho.

Acredito ainda que, em se tratando de empoderamento feminino e parto humanizado, é cabível empregar a uma metáfora no contexto deste artigo como desfecho final: eles são como erva daninha; começam singelos e quando menos esperamos já tomaram conta de nossa plantação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. C. F.; ALVES, A. K. S. **As trajetórias e lutas do movimento feminista no Brasil e o protagonismo social das mulheres.** Fortaleza, 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Presidência da República, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União, seção 1, p.4. Brasília, Distrito Federal, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).** Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha.** Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)>. Acesso em: ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010.

BRASIL. Portal Brasil. **Bertha Lutz**, 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/04/bertha-lutz>> Acesso em: jul. 2016.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado.** Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas,

Campinas, 2011.

CASTRO, J. C. **Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto.** *Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)* – Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003

CATUSO, M. C.; SOUZA, I. P.; FERRARI, S. B. **A instrumentalidade no Serviço Social: reflexões sobre a teoria e prática.** Cascavel: Assoeste, 2013.

FEAES. Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde: **Maternidade Bairro Novo.** Curitiba, [s.d]. Disponível em: <<http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/unidades/maternidade-bairro-novo.html>> Acesso: jan. 2017.

FIDELIS, S. S. S. **Conceito de Assistência e Assistencialismo.** In: *Anais do 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil.* Unioeste – Campus de Cascavel, 2005.

FUJITA, J. A. L. M.; SHIMO, A. K. K. **Parto Humanizado: experiências do Sistema Único de Saúde.** *Rev Min Enferm.*, v. 18, n. 4, p.1006-1010, 2014.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Maternidade.** Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/maternidade/>> Acesso em jan. 2017.

MAGESTE, G. S.; MELO, M. C. O. L.; CKAGNAZAROFF, I. B. **Empoderamento de mulheres: uma proposta de análise para as organizações.** In: *V Encontro de Estudos Organizacionais da Anpad.* Belo Horizonte, 2008.

MALHEIROS, P. A. **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012.

MARQUES I. R, *et al.* **Guia de Apoio à Decisão em Enfermagem Obstétrica: aplicação da técnica da Lógica Fuzzy.** *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 3, p. 349-54, 2005.

MATOS, M. Movimento e teoria feminista: é possível reconstruir a teoria feminista a partir do sul global? *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 67-92, 2010.

MERIGUI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. **O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto.** *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 17, n. 2, 2009.

MOURA, *et al.* **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal.** *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-5, 2007.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. **Estratégias de Luta das Enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para Implantação de um Modelo Humanizado De Assistência Ao Parto.** *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.18, n. 4, p. 731-40, 2009.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em municípios da Região Sul do Brasil.** *Cad Saúde Pública.* v. 24, n. 8, p.1859-68, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** [Internet]. Genebra; 1996. Disponível em: <<http://www.cedoc-pas.bus.br/php./level.php>> Acesso em: ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência mundial sobre a mulher. Plataforma de ação.** Pequim: ONU, 1995.

PARANÁ. **Maternidade Bairro Novo reforça status de referência em parto humanizado,** 2016. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/maternidade-bairro-novo-reforca-status-de-referencia-em-parto-humanizado/38661>>. Acesso: jan. 2017.

PEREIRA, A. L. F *et al.* **Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na Casa de Parto.** *Rev Rene*, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 471-7, 2011.

PINTO, C. R. J. **Feminismo, história e poder.** *Dossiê. Rev Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010.

REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, p. 221-230, 2005.

SARDENBERG, C. M. B. **Conceituando Empoderamento na Perspectiva Feminista.** *In: I Seminário Internacional: Trilhas do Empoderamento de Mulheres – Projeto TEMPO.* Universidade Federal da Bahia – NEIM, 2009.

SANTOS, S. **A busca pelo parto natural e motivações para o preparo do assoalho pélvico com o Epi-No.** *Dissertação (Mestrado em Enfermagem)* – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015

SILVA R. C, *et al.* **O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes.** *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 629-36, 2013.

SILVEIRA, C. T. **A assistência da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente durante o período intra-operatório.** *Dissertação (Mestrado em Enfermagem)* – Programa de Pós Graduação em Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SOUZA T. G, *et al.* **A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.** *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-86, 2011.

WROBEL, L. L.; RIBEIRO, S. T. M. **A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo.** *Acta Sci. Health Sci.* Maringá, v. 28, n. 1, p. 17-22, 2006.