

**A HISTÓRIA DO PARTO: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL;  
DAS PARTEIRAS AO MÉDICO; DE SUJEITO A OBJETO<sup>1</sup>**  
*THE HISTORY OF CHILDBIRTH: FROM HOMES TO HOSPITALS,  
MIDWIVES TO PHYSICIANS, SUBJECTS TO OBJECTS*

**Cláudia Tomasi Vendruscolo<sup>2</sup> e Cristina Saling Kruel<sup>3</sup>**

**RESUMO**

No transcorrer dos tempos, o parto e a assistência ao parto sofreram várias modificações que alteraram o olhar desse evento, que é um marco transformador para a mulher. Assim, este estudo teve por objetivo discorrer sobre a história do parto na cultura ocidental, problematizando a hospitalização desta experiência e o movimento de humanização de assistência ao parto. Trata-se, portanto, de uma revisão não sistemática de literatura. A partir deste estudo, foi possível identificar que as transformações ocorridas nos últimos cinquenta anos, com relação à assistência à parturiente, como: a hospitalização do parto, a assunção da posição de litotômica no momento do parto, o uso da episiotomia, o uso exacerbado da cesárea e a ausência de pessoas do vínculo da parturiente no momento do parto, ocasionaram a destituição da autonomia da mulher e do seu poder de escolha. Em vista disso, surgiu, mais recentemente, o movimento em prol da humanização do parto e nascimento, que busca qualificar a assistência nessa área.

**Palavras-chave:** acompanhante, humanização, nascimento, parturiente.

**ABSTRACT**

*In the course of time, labor and delivery care have undergone several adjustments that have changed the perception of this event, which is considered to be a milestone transformation for women. This study aimed to approach the history of childbirth in the western culture, questioning issues like hospitalization and humanization of childbirth care. The methodology follows a non-systematic review of literature. By means of this study, it was possible to notice that the transformations that have happened in the last 50 years to better serve the mother, such as: the hospitalization childbirth, the lithotomy position at delivery, episiotomy, cesarean section, the absence of family members at the time of childbirth resulted in women's lack of autonomy and power of choice. As a result, a movement for the humanization of childbirth has begun in order to qualify care in this area.*

**Keywords:** companion, humanization, birth, woman in labor.

---

<sup>1</sup> Trabalho Final de Graduação - TFG.

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: claudiatvendruscolo@gmail.com

<sup>3</sup> Orientadora. Docente do curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: cristinaskruel@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O parto é uma experiência importante para a mulher, por seu potencial transformador. Este momento é um marco entre o bebê na barriga e o bebê nos braços, pois o bebê parido não voltará a habitar o ventre materno. Portanto, quando vivenciado plenamente, o parto, inaugura novas experiências na vida da mulher e serve como marco entre ser filha e tornar-se mãe, entre o bebê idealizado e o bebê real, entre o que a mulher sonhou para si e como será de fato, entre tantas outras mudanças que ocorrem de acordo com a cultura da parturiente abrangendo o plano físico, mental, emocional e social (DONELLI, 2003, 2008; MALDONADO, 2002; SOIFER, 1980). A primeira tarefa da Parentalidade instaura-se logo após o nascimento do bebê, e trata de resolver a discrepância entre o bebê imaginário e o bebê real. O bebê imaginário constitui-se ao longo do período gravídico e inclui elementos relativos ao desejo parental e suas expectativas com relação ao bebê. Já o bebê real, é aquele que nasce, mas nunca corresponde ao que foi antecipado pelos pais, portanto, o parto também inaugura o encontro com o bebê que deverá ser incluído no desejo parental tal como ele é.

O parto e a assistência ao parto passaram por diversas transformações no decorrer dos tempos. 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. Devido a tantas transformações que foram desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou de sujeito a objeto, ou seja, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido. Por isso, há um movimento de humanização do parto, preconizado pelo Ministério da Saúde, solicitando assistência integral e humanizada à mulher, como uma tentativa de empoderamento da mulher neste momento (BRASIL, 2001; DONELLI, 2003; HELMAN, 2003; MALDONADO, 2002; MOTT, 2002; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; TORNQUIST, 2002).

Dentro desse contexto de humanização, tendo em vista toda a complexidade que abarca o momento do parto, considera-se importante a presença de um acompanhante de escolha da mulher, a fim de apoiá-la durante o parto. Prática esta, recomendada pela Organização Mundial de Saúde e tem sido desenvolvida com êxito em diversos países (DOMINGUES, 2002). No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece os benefícios e a ausência de riscos associados à introdução do acompanhante, e recomenda que todos os esforços devam ser realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (BRASIL, 2001).

Assim, com a Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005, passou a vigorar o direito da parturiente a um acompanhante indicado pela mesma, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2005a). Com a promulgação da referida lei desencadeou-se o interesse de pesquisadores da área da saúde e humanas pelo tema e justifica a crescente atenção destinada à experiência da mulher, durante o parto. Além disso, em 2011, foi lançada no Brasil uma estratégia do Ministério da Saúde chamado Programa Rede

Cegonha que visa promover uma rede de cuidados à mulher, a qual inclui a assistência humanizada e qualificada no âmbito da atenção obstétrica e infantil, e reiterando o direito a um acompanhante de livre escolha da gestante, durante o parto (BRASIL, 2011).

A partir dessas considerações, dada a extrema complexidade que abrange o parto, bem como, as recentes condutas sugeridas visando à humanização, este artigo tem por objetivo, discorrer sobre a história do parto na cultura ocidental, problematizando a hospitalização desta experiência e o atual movimento de humanização em prol de uma melhor assistência ao parto.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O delineamento desta pesquisa foi de cunho exploratório e consiste em uma revisão de literatura, ou seja, uma pesquisa bibliográfica que, de acordo com Cervo e Bervian (1996) procura explicar um problema, a partir de publicações em documentos. Em outras palavras, a pesquisa bibliográfica é a base para as demais pesquisas e deve ser fundamental na vida de quem se propõe estudar (FACHIN, 2001).

Para este estudo, foram selecionados artigos científicos, entre os anos de 1991 e 2013, a partir de pesquisa feita no banco de dados Scielo e na Biblioteca Virtual da Saúde através dos descritores “parto”, “acompanhante no parto”. Além disso, foram pesquisados livros e capítulos de livros reconhecidamente relevantes para o estudo dos aspectos emocionais do parto. Trata-se, portanto, de uma revisão não sistemática da literatura.

## **O PARTO NA HISTÓRIA: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL; DAS PARTEIRAS AO MÉDICO**

A gravidez e parto são passagens marcantes na vida das mulheres. Apesar de seu corpo estar planejado para a reprodução da espécie, desde o início dos tempos, os métodos e os costumes que abarcam o parto têm se modificado ao longo do tempo e nas diferentes culturas (MALDONADO, 2002; MOTT, 2002). Ainda hoje, as práticas relativas ao parto variam muito nos diferentes países e nas diversas culturas. O mais interessante é que, em todas as culturas, as mulheres, durante o trabalho de parto, sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas que, a princípio, eram representantes do sexo feminino: parentes, amigas, parteiras e, posteriormente, no ambiente hospitalar, por um obstetra com formação médica, enfermeira e técnicas de enfermagem (HELMAN, 2003).

O parto, até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, era resolvido de modo caseiro, havia a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Em certas situações, como o da realeza, o parto tinha um caráter de espetáculo, onde várias pessoas assistiam (MALDONADO, 2002). A medicina não tinha muito conhecimento em relação ao parto e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência no parto (STORTI,

2004). Normalmente, “os médicos eram chamados apenas ocasionalmente, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas” (HELMAN, 2003, p. 159).

A mudança de concepção começou quando passou a existir o fórceps, instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis que poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal (MALDONADO, 2002). Assim, nos meados do século XVI, início do século XVII, aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento da figura do cirurgião na assistência ao parto (MALDONADO, 2002) e as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição (TORNQUIST, 2002). Pode-se dizer que o fórceps salvou muitos bebês e mães, numa época em que a cesariana resultava em grande número de mortalidade, pois, o fórceps, era uma alternativa à cesariana.

Juntamente com a cesariana, surge a medicalização do parto como o uso da anestesia. Um século depois, a cesariana já não representava mais tanto perigo de óbito materno e passou a ser enfatizada para os nascimentos no Brasil (MALDONADO, 2002). Cabe dizer que um dos fatores que contribuiu para o desgaste do papel da parteira e o aceleração da legitimação do médico com formação foi o período das caças às bruxas, ocorrido entre os séculos XIV e XVII, as parteiras causaram incômodo e afronta às autoridades da época por terem uma assistência intervencionista, uma vez que davam conselhos e amenizavam a dor do parto numa época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original (SPINK, 2013).

Com a institucionalização do parto houve o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento, pois a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde (DINIZ, 2001; OMS, 1996). Com isso, grande parte das mulheres passou a permanecer internada em quartos coletivos, sem privacidade, tornaram-se passivas diante das regras e foram privadas da presença de uma pessoa de sua confiança para apoiá-las (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005). O momento do parto passa a ser cheio de normas de comportamentos que são definidos pela instituição hospitalar (DINIZ, 2001). Com isso, grande parte das mulheres permaneciam internadas em quartos coletivos, sem privacidade, tornaram-se passivas.

Diante dessa explanação, pode-se perceber que o parto, aos poucos, foi retirado do lar e passou a ser realizado no hospital. O parto hospitalizado destituiu a mulher de seus direitos, de privacidade, do poder de decisão sobre como e onde será o parto e quem a acompanha durante esse processo. Também inseriu uma série de recursos e procedimentos que não são naturais (TORNQUIST, 2002).

Com o parto sendo realizado no ambiente hospitalar, a mulher perde a autonomia, inclusive, da escolha da melhor posição de parir, uma vez que passa a ser ditada também a posição em que as mulheres deveriam parir, elas teriam que ficar em posição de litotomia, para ser mais confortável ao médico na utilização de seus instrumentos (CORDEIRO; SALBATINO, 1997; HASSEN, 1998).

A obstetrícia ocidental influenciou a mulher a dar à luz deitada de costas ou na posição de litotomia, fato que não ocorre em outras partes do mundo (HELMAN, 2003).

Com a chegada do século XX, com a institucionalização da assistência e o predomínio do parto hospitalar, o cuidado à mulher e à família sofreu várias modificações. A apropriação do saber médico, nesta área, culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Com a institucionalização muito se ganhou na questão tecnológica, mas também muito se perdeu em relação ao ambiente acolhedor que ocorria no domicílio (STORTI, 2004). O acompanhante de escolha da mulher foi retirado de cena e ela passou a parir somente com a presença da equipe de saúde.

No início dos anos 60, houve a invenção da técnica que possibilitava a mulher controlar sua dor, ou seja, introduz-se o parto sem dor pela facilitação da anestesia peridural (SZEJER; STEWART, 1997). A medicalização do nascimento fez com que houvesse maior distanciamento entre as culturas leigas e obstétricas do nascimento (HELMAN, 2003). Para esse mesmo autor, “os rituais médicos e a tecnologia médica representam uma forma de domesticar o incontrolável (principalmente na era do feminino) e de torná-lo mais ‘cultural’” (p. 154). Assim, o parto no ambiente hospitalar, em muitos casos, faz crescer o fator estressante na mulher, por ser um local desconhecido, no qual é cuidada por pessoas que também são desconhecidas, perdendo a ligação com o espaço familiar em um momento que é tão exclusivo e especial na sua vida (RAMALHO, 2009).

A obstetrícia moderna fez com que partos difíceis e que culminavam na morte da parturiente ou seu bebê passassem a ser mais seguros, quando realizados em hospitais e com equipes especializadas em situações de risco no nascimento, porém, a recomendação para que todos os partos fossem hospitalizados e medicados, acarretou no distanciamento da parturiente de sua família (SPINK, 2013). Mais recentemente, com a aplicação da peridural em mulheres em processo de parto, um fato novo aconteceu, o pai começou a ser aceito na sala de parto. A mãe da parturiente, que outrora a assistia fora substituída e posta de fora, pelo companheiro, isto é, o pai da criança (SZEJER; STEWART, 1997).

Após ter discorrido sobre a história do parto, faz-se necessário ressaltar que no decorrer dos tempos as práticas relativas ao parto variaram muito nos diferentes países e nas diversas culturas. Todavia, algo que se mantém estável em todas as culturas é o fato de que, durante o trabalho de parto as mulheres sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas, que a princípio eram representantes do sexo feminino, sendo: familiares, amigas, parteiras e, posteriormente, no ambiente hospitalar por um obstetra com formação médica, enfermeira e técnicas de enfermagem (HELMAN, 2003; SPINK, 2013).

A partir dos meados da década passada, começou a se distribuir pelo Brasil um modelo de assistência obstétrica recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que modifica o olhar do profissional de saúde sobre a parturiente e sua família, trata-se dos Centros de Parto Normal (MACHADO; PRACA, 2006). Esses centros atendem normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, conforme

Portaria nº 985/99 GM (BRASIL, 2001). São unidades de acolhimento ao parto normal, fixadas fora do centro cirúrgico obstétrico, que aplicam práticas recomendadas, mas que se diferenciam dos serviços tradicionais de obstetrícia. Tem como objetivo resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher para dar à luz num local semelhante ao seu ambiente familiar, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo e, ao mesmo tempo, garantindo e oferecendo recursos tecnológicos apropriados. Esses locais ainda permitem a parturiente receber seus acompanhantes (OMS, 1996). No entanto, é importante salientar que, mesmo comprovado sua eficácia, esse modelo de Centros de Parto Normal ainda é gerador de oposições entre profissionais da área da saúde, os quais não admitem que a assistência obstétrica apresentada nessas unidades, seja coesa com a proposta de atenção integral à mulher em processo de trabalho de parto (MACHADO; PRACA, 2006).

Como exposto anteriormente, no Brasil, distintas políticas vêm solicitando uma assistência integral e humanizada à mulher. Um avanço no processo de parturição é a conquista da presença de um acompanhante junto à parturiente (TELES, 2003). Com a institucionalização do parto, a mulher, nesse processo de parto adquiriu o acesso à tecnologia e a um atendimento profissional qualificado, no entanto, nem sempre essa prática está aliada ao cuidado da mulher. Por isso, nas últimas décadas, está acontecendo uma mobilização mundial em prol da humanização do parto (TELES, 2003). A presença do acompanhante deve ser apoiada pela equipe, a fim de que se potencialize na mulher, confiança, encorajamento e tranquilidade para viver tal experiência (BRASIL, 2010).

## **O ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO HOSPITALAR**

A inserção do acompanhante durante o parto emerge da necessidade de preencher a estranheza e a solidão da parturiente, devido ao contexto de hospitalização. Entretanto, apesar da importância da presença do acompanhante ser reconhecida, a aceitação na rotina hospitalar ainda tem sido alvo de muitas discussões (STORTI, 2004). Sobre isso, Hotimsky e Alvarenga (2002) mencionam que a presença do acompanhante está mais de acordo com a filosofia da maternidade, por isso, em alguns locais, a presença é estimulada, em outros, não é tolerada ou há restrições.

De todo o modo, este movimento de “humanização da assistência ao parto e ao nascimento” (p. 53), com caráter menos intervencionista e que aceita a possibilidade de presença de acompanhante familiar no parto, tem surgido nos serviços que procuram dar uma atenção à participação mais ativa da mulher no parto, enfatizando os aspectos sociais e emocionais (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). O atendimento centrado no ser humano com suas crenças e valores faz com que novas políticas devam ser implantadas, para que se possa ter um atendimento biopsicossocial. Para isso, deve ser reestruturada a assistência ao parto, visto que, o atendimento ainda é centrado no biológico, no modelo biomédico de saúde/doença (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Pesquisas recentes têm mostrado que a presença do acompanhante e o apoio emocional oferecido pelo mesmo proporcionam bem-estar físico e emocional à mulher favorecendo uma boa evolução nesse período, diminui os índices de partos complicados, auxilia a mulher a suportar melhor a dor e a tensão do trabalho de parto e parto, podendo, inclusive, diminuir o tempo de hospitalização mãe-bebê e a ocorrência de depressão pós-parto (BRASIL, 2010; MOURA, 2007 apud SABINO, 2010). Pode-se observar que o movimento de humanização do parto pelo melhor atendimento à parturiente tem se configurado de forma positiva para a mulher, exemplo disso, é o direito da escolha de um acompanhante de sua confiança e convivência para assisti-la no trabalho de parto e parto que proporciona um bem-estar físico e psicológico, trazendo mais tranquilidade à parturiente conduzindo-a a um processo menos doloroso. Percebe-se, de certa forma, que “o parto, apesar de ser um evento natural e que faz parte da vida de todo o ser humano, [...] tem sido tratado como um evento que necessita ser dominado e controlado” (DORNELLI, 2008, p. 172).

No decorrer das explanações pode-se observar que o parto e a assistência ao parto passaram por diversas alterações no transcorrer dos tempos, os métodos e os costumes se transtornaram. O parto passou de um evento que ocorria em casa para o hospital, as parteiras foram substituídas por médicos, teve a inserção de instrumentos e da medicalização, como também, passou de uma ocorrência natural a um evento regrado.

## **OS TIPOS DE PARTO**

No final da gestação, um dilema se coloca quanto à escolha do tipo de parto, oportunidade não ofertadas para todas as mulheres, visto que, as que usufruem das instituições privadas, podem optar dentro das possibilidades da gestação entre a cesárea e o parto vaginal. Todavia, para outras, o dilema está em justamente não poder escolher.

Tendo em vista a explanação realizada no capítulo anterior, se faz necessário explicar os dois tipos de partos existentes: vaginal e cesárea. É importante ressaltar que, cesariana vem crescendo, excessivamente, nos últimos anos no Brasil, correspondendo a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% nos serviços privados, 40% nos serviços públicos) (CONITEC, 2016). Nas instituições que abarcam o SUS e os hospitais-escolas, a rotina que inclui a maioria das mulheres é o parto vaginal com episiotomia que consiste em uma abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina. Além disso, pode ocorrer a extração do bebê com fórceps, mais comum nas primíparas, fato que, para a maioria das mulheres do setor privado não ocorre (DINIZ, 2005).

Em ambos os tipos de parto podem ocorrer analgesias. Há dois tipos de anestesia: as que a mulher fica inconsciente e as que mantêm a consciência. A anestesia pode ser local (infiltração de anestésico na área perineal), geral (que implica na perda de consciência, a mulher não consegue fazer força e o médico usa o fórceps para auxiliar o bebê a sair) ou local-regional (raquidiana ou peridural em caso de cesarianas) (MALDONADO, 2002).

Cabe, portanto, discorrer a respeito dos dois tipos de partos: a cesárea e o parto vaginal. A cesárea denomina o ato cirúrgico que consiste em incisar o abdômen e a parede do útero gestante para retirar o bebê que aí se desenvolveu, essa prática fez com que diminuísse a prática obstétrica do fórceps, salienta Maldonado (2002). Este tipo de parto cesáreo é indicado em casos de,

[...] desproporção fetopélvica; discinesias; placenta prévia; pré-eclâmpsia grave; distocias de partes mole; formas graves de diabete; antecedentes de operações ginecológicas; sofrimento fetal; prolapso; procúbitos e procedências do cordão umbilical; câncer genital; herpes; primíparas idosas e, para alguns casos de cesariana anterior (MALDONADO, 2002, p. 78).

Já, o parto vaginal engloba várias formas e posições. Uma forma de parto vaginal pode ser o parto preparado, também chamado de parto sem dor. Esse parto abarca o método psicoprofilático, criado em 1949 por Velvoski, Platonov e Nicolaiev na Rússia, tendo como objetivo principal o treinamento da parturiente para que ela possa participar do parto de forma lúcida e cooperativa, sem nenhuma ou pouca analgesia. Outra forma de parto vaginal é o parto vertical, no qual a parturiente utiliza as posições verticais, a saber, sentada, de pé, de joelhos ou de cócoras. Acredita-se que essa prática já era exercitada no Egito, na Grécia antiga, entre os romanos e, é praticada ainda nas culturas onde a obstetrícia ocidental não é dominante (MALDONADO, 2002).

Além disso, há o parto na água, esse parto é indicado para mulheres que se sentem confortáveis e tranquilas na água. A mulher fica dentro de uma piscina ou banheira que possibilita mais liberdade de movimento de sua bacia, isso faz com que a dor do parto seja aliviada e o bebê passe mais facilmente através do canal da bacia. Assim, o parto na água tende a diminuir a dor da mulher e o estresse do bebê. O parto na água faz parte da medicina popular nas mais diversas culturas desde a.C., no Brasil, o parto na água teve um forte impulso, a partir da década de 80 (ENNING, 2000).

Outra forma de parto vaginal é o Parto Leboyer, desenvolvido como filosofia de assistência ao parto por Leboyer em 1974, no qual há maior preocupação com o bebê e busca reduzir o impacto entre o mundo intrauterino e o extrauterino. Dessa forma, reproduz o ambiente intrauterino, fazendo da sala de parto um ambiente com luz difusa, silenciosa, com música suave e imediato contato corporal entre mãe e bebê. Nesse sentido, antes mesmo de cortar o cordão umbilical, o bebê fica longo tempo sobre o ventre da mãe sendo acariciado (MALDONADO, 2002).

Tendo discorrido sobre as diferentes opções de nascer, cabe ressaltar que nem todas as parturientes têm o seu direito de escolha sobre a via de nascimento de seu filho atendido. São muitas as variáveis envolvidas nesse processo em que a saúde, o bem-estar e o respeito à condição delicada da mulher e do bebê deveriam sempre ser prioritários para que a humanização do nascimento fosse atendida.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo foi possível identificar que as transformações que ocorreram em relação ao parto, para melhor atender a parturiente, como, por exemplo, a hospitalização, fez com que ocorresse a destituição da autonomia da mulher no seu poder de escolha, de privacidade, do poder de decisão sobre como e onde seria o parto, inclusive, quem a acompanharia durante esse processo. Em vista disso, na última década, surge um movimento de humanização do parto promulgado pelo Ministério da Saúde que, dentre muitas iniciativas, encontra-se a escolha de um acompanhante para assistir à mulher durante o parto.

Pode-se perceber que o acompanhante de convivência, escolha e confiança da mulher foi retirado do cenário no transcorrer dos tempos e, aos poucos, está sendo resgatado. Ao longo da história, o parto passou de um evento que ocorria em casa para uma intervenção hospitalar, as parteiras que assistiam as mulheres foram substituídas por médicos, teve a inserção de instrumentos e da medicalização, passou de uma ocorrência natural a um evento regrado.

Os avanços nessa área são nítidos no Brasil, em especial, nos últimos cinco anos, período que corresponde à proposição do Programa Rede Cegonha. Porém, ainda são muitos os desafios que devem ser enfrentados pelas instituições de saúde e profissionais da área para que o respeito à dignidade, autonomia e bem-estar da mulher e de sua família sejam respeitados na ocasião do nascimento. Este artigo se une aos esforços acadêmico-científicos para a divulgação dos benefícios da adoção de boas práticas no cenário da atenção ao parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às 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. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n. 2418 de 02 de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Atenção integral a saúde da mulher e da criança. Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1996.

CONITEC - COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília. Ministério da Saúde, 2016.

CORDEIRO, S. N.; SABATINO, H. A Humanização do Parto. In: TEDESCO, José J.; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 280-317.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2001. 264p. Tese (Doutorado em Medicina) - Departamento de medicina preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 627-37, 2005.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal**: a experiência da maternidade Leila Diniz. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2002. 212p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de endemias, ambiente e sociedade, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno de Saúde Pública**, 20 Sup 1, p. 52-62, 2004.

DONELLI, Tagma Marina Schneider. **O parto no processo de transição para a maternidade**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 175p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

\_\_\_\_\_. Tagma Marina Schneider. **Descortinando a vivência emocional de mulheres em um centro obstétrico**: uma investigação sobre o parto através da aplicação do Método Bick. 2008. 195p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ENNING, Cornelia. **O parto na água**: um guia para pais e parteiros. São Paulo: Manole, 2000.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Fogos de bengala nos céus de Porto Alegre**: a faculdade de medicina faz cem anos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 461-481, 2002.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRACA, Neide de Souza. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 275-279, 2006.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MOTT, Maria Lucia. Parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 399-401, 2002.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília, 1996. (OMS/SRF/MSM).

RAMALHO, Alice Anabela. **A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no Hospital**. 2009. 211p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Doutorado em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

SABINO, A. F. M. **Triade gestante-acompanhante-maternidade e a interação para o parto humanizado**. 2010. 35f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) - Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins, Fortaleza, 2010.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SPINK, Mary. Jane. P. **Psicologia Social e Saúde: saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

STORTI, J. de P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. **Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TELES, Liana Mara Rocha. et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. Pinto CMSP, Basile ALO, Silva SF, Hoga, LAK. O acompanhante no parto: atividades e avaliação da experiência. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 41-47, p. 688-694, 2003.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

