



O USO DAS TECNOLOGIAS EM OBSTETRÍCIA: UMA LEITURA CRÍTICA

Jacqueline I. M. Brigagão¹
Roselane Gonçalves²

Introdução

A partir da perspectiva de que os conhecimentos científicos e as práticas sociais se retroalimentam e que estas estão ancoradas em contextos sócio-culturais, este texto busca problematizar o uso de algumas tecnologias no exercício da Obstetrícia no século XXI.

Vamos iniciar discutindo como a Obstetrícia, desde sua constituição como campo científico e como profissão, fundamenta-se em noções de risco e realiza uma dupla exclusão das mulheres da cena do parto. Por um lado exclui as parteiras que eram as tradicionais responsáveis por assistirem ao parto e, por outro lado, gradativamente, exclui as possibilidades de participação ativa das parturientes, já que transforma os seus corpos em objetos de intervenção e manipulações por parte dos profissionais de saúde, cujas ações se justificam pela busca por minimizar os riscos. Buscaremos apontar também as resistências a este modelo presente nos discursos do movimento de humanização do parto, que visa contrapor-se a esse modelo, propondo a transformação das práticas e orientando políticas públicas, porém, muitas vezes, preconizam noções essencializantes sobre os corpos das mulheres. Em seguida, discutiremos que as práticas em obstetrícia no século XXI no Brasil ainda estão marcadas por um uso excessivo de tecnologias intervencionistas, como por exemplo a episiotomia e a indução dos partos com ocitocina. Ao final, apresentamos a necessidade de construção de um novo paradigma para orientar as ações no campo da Obstetrícia.

Histórico da constituição da Obstetrícia Moderna

Até o fim do século XIX, no Ocidente, a assistência ao parto era uma atividade desempenhada predominantemente por mulheres. Porém, desde o século XIII com a organização das corporações de cirurgiões barbeiros, a medicina clássica vai assumindo um papel mais ativo no campo da saúde e inicia-se um processo de licenciamento e de tentativa de controle e monopólio das práticas curativas. As parteiras, por sua vez, exerciam atividades que eram sustentadas pelo conhecimento adquirido na prática e na transmissão oral compartilhado nas redes de sociabilidade.

¹ Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. roselane@usp.br.

² Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. jac@usp.br



No cotidiano, eram procuradas não somente para assistirem ao parto, mas também para aconselharem e tratarem outros males, já que conheciam plantas e magias capazes de auxiliar nos abortos e curar algumas doenças^{3;4}.

As parteiras foram perseguidas e executadas durante a caça às bruxas promovidas pela Igreja Católica no período da Inquisição. Em 1512, o *Medical Act* estabelece que as autoridades eclesiásticas seriam as responsáveis pela fiscalização da competência médica³.

Deste modo, fica evidente que, neste processo, a Igreja não somente buscou eliminar as práticas e saberes tradicionais, mas, principalmente, criou estratégias para a legitimação do saber e do poder médico sobre a saúde e doença. Foucault, em seus diversos estudos, demonstra que há uma indissolubilidade entre saber e poder, como explica Silva⁵:

Cabe destacar que, para Foucault, entre o poder e o saber não se estabelece uma relação denexo causal. Nessa direção, ao contrário, repensar o primeiro como causa e o segundo como efeito (ou vice-versa), enfatiza a presença de um total entrelaçamento (“encontro”) entre um e outro (p.10).

Daí, neste texto, optarmos por usar os termos poder-saber. Na análise sobre a medicina, Foucault aponta que, a partir do século XVIII, há uma significativa ampliação do poder-saber desta ciência que, antes centrada nos indivíduos e na busca de cuidar dos doentes, passa a incluir também a população. Assim, no século XIX, os saberes e as intervenções da medicina passam a intervir também na população como um todo:

O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população⁶

Vários fatores serão fundamentais no processo de medicalização do parto e de consolidação da Obstetrícia como disciplina científica no século XX. Neste processo, os conhecimentos e proposições advindas de outros campos da medicina também são utilizados para explicar e justificar as intervenções médicas em bases científicas. Um bom exemplo deste processo é a utilização dos saberes da epidemiologia. Ayres⁷ explica o novo status que esta disciplina adquire com as análises de risco:

³ SPINK, M. J. P. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

⁴ MOTT, M. L. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). **Rev Esc Enf USP**, v.35, n, 1, p. 46-53, mar. 2001.

⁵ SILVA, S. J. C. Foucault e as relações de poder: o cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. **Rev. Aulas**, Campinas, Dossiê Foucault, n.3, dez-2006/mar-2007.

⁶ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986. p.111

⁷ AYRES, J. R. C. M. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.28, n.4, ago. 1994.



...Nesse caso, contudo, o controle estatístico da incerteza das inferências, o refinamento das técnicas de análise da probabilidade das associações e, muito especialmente, a definição morfo-funcional dos critérios de agravo, garantindo a verificação da associação, não apenas permitiram a sobrevivência das análises de risco como fizeram delas um dos mais importantes acontecimentos no campo das ciências da saúde na contemporaneidade.

Assim, à medida que a Obstetrícia amplia o seu campo de estudos e pesquisa, a discussão sobre parto como um evento arriscado ou perigoso assume um papel central. Krakwosky⁸, em uma leitura da história da Obstetrícia e da patologização da gravidez e do parto, afirma que:

Joseph Bolivar DeLee é considerado um ícone de uma poderosa escola dentro da obstetrícia americana, a do “nascimento como patologia”. De Lee mostrava-se preocupado com o “potencial patológico” do parto, e com os “perigos do parto” para o bebê (Arney, 1982: 55). Em contraposição a ele, J. Whitridge Williams colocava-se como defensor de práticas mais conservadoras, mas o ponto de partida de ambos é o mesmo: o parto visto como potencialmente patológico (Arney, 1982: 57). Há inúmeros debates, com posições intermediárias entre os dois obstetras – ambos autores de influentes manuais de obstetrícia, com inúmeras reedições até os dias atuais –, verdadeiras batalhas pelo estabelecimento do campo profissional. Em 1930 a posição de DeLee prevaleceu e o *American Board of Obstetrics and Gynecology* foi criado, desenvolvendo critérios para julgar a qualificação de especialistas. Com a profissão adquirindo status de especialidade, o olhar médico estreita-se, o “caso obstétrico” é destacado da pessoa e o “material obstétrico” é confinado ao útero e pelve (Arney, 1982: 59). À estruturação da obstetrícia como especialidade corresponde, portanto, uma construção social fragmentada da mulher, de sua vida e de seu corpo.

Os efeitos destes “avanços da medicina” na vida das mulheres e na sociedade ao longo do século XX pode ser observado, principalmente, naquelas de classe mais alta que incorporaram essa ideologia e passaram a propagar as noções de que, para as mulheres, o parto ideal seria o parto sem dor; a assistência de um médico no parto assegurava não somente a eliminação dos riscos, mas garantia às mulheres o status advindo do uso das novas tecnologias e dos serviços médicos⁹. Assim, a disseminação da noção do parto como um evento médico leva a institucionalização/hospitalização do parto e ao uso indiscriminado de tecnologias.

À medida que este modelo medicalizado da obstetrícia torna-se hegemônico e que os efeitos do mesmo passam a ser questionados, surge no Brasil o movimento pelo parto humanizado. Este movimento é definido por Tornquist¹⁰ como aquele que:

...propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/ medicalizado no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. (p.483-484)

⁸ KRAKOWSKI, L. **História da obstetrícia e a patologização da gravidez**. Rio de Janeiro: Associação Nacional de História. [s/d].

⁹ VARGENS O. M. C; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p.46-50. 2004.

¹⁰ TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário de humanização. *Rev. Estudos Feministas*, Florianópolis, ano X, 2.sem.2002.



A autora prossegue explicando que o movimento de humanização do parto está ancorado nos ideais do parto sem dor (1950) e nos ideais libertários e individualistas dos anos 60, em que há uma grande valorização de um retorno à natureza. Ela aponta que, mais recentemente, o movimento tem utilizado os saberes advindos da Medicina Baseada em Evidências (MBE) para garantir a cientificidade do movimento e demonstrar que é possível questionar as práticas exercidas no modelo medicalizado. A MBE busca realizar uma redescrição de noções sobre o corpo da mulher, parto e risco no nascimento¹¹.

Tornquist¹⁰ aponta para o paradoxo presente nas proposições do movimento; se por um lado indicam que o parto é visto como um evento social cujas especificidades culturais têm de ser respeitadas, por outro fazem recomendações de resgatar a dimensão natural e biológica das mulheres. Ou seja, o reconhecimento das mulheres como autônomas, capazes de gerir a própria sexualidade, gestar e parir os filhos é evidentemente um modo de empoderar as mulheres. Porém, o argumento do resgate a supostos instintos femininos leva ao aprisionamento das mulheres em seus corpos biológicos e a crença nas supostas funções fisiológicas destes corpos estão na contramão de uma perspectiva feminista crítica que busca romper com noções essencializantes de homens e mulheres e enfatiza os aspectos socialmente construídos¹².

Assim sendo, à medida que os corpos das mulheres tornam-se um lugar privilegiado de exercício do poder-saber da medicina e, gradativamente, são aprimoradas e desenvolvidas intervenções e tecnologias oriundas do saber biomédico, que no cotidiano das práticas em saúde configuram-se como estratégias de exercício do poder dos profissionais de saúde e de controle e sujeição das mulheres por parte destes. Torna-se evidente a necessidade de rever esses conhecimentos e de buscar a superação deste paradigma. Porém, há que se ter cuidado para que as alternativas adotadas não estejam baseadas em premissas essencializantes e naturalizantes sobre os corpos das mulheres. Parece-nos que a principal contribuição do movimento de humanização advém das desconstruções do modelo biomédico possibilitadas pelos estudos da MBE. Apesar de estar claro para nós que, em certa medida, esta também está baseada no exercício do poder-saber-médico, no atual momento a MBE configura-se como um argumento consistente na busca para garantir os direitos das mulheres à uma assistência no parto pautada pelo respeito às diferenças individuais e à autonomia da mulher sobre o próprio corpo.

¹¹ DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, set. 2005.

¹² SOIHET, R.; PEDRO, J. M. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v. 27, n. 54, dez. 2007.



As práticas em Obstetrícia no início do século XXI

No Brasil, em que a rede privada de saúde assiste 14 milhões de mulheres entre 10 e 49 anos, as cesarianas correspondem a 82% dos partos. No Sistema Único de Saúde (SUS), que atende uma média de 60 milhões de mulheres em idade reprodutiva, o índice de cesarianas é de 30%¹³. Esses dados configuram-se como o exemplo mais discutido e visível de como o paradigma biomédico na assistência ao parto orienta a maioria das práticas no Brasil. Alguns autores têm apontado que, nesta perspectiva, há outras tecnologias que, embora não sejam tão discutidas como os partos cirúrgicos, também são invasivas e, na maioria das vezes, desnecessárias, já que estão pautadas em leituras reducionistas sobre o corpo das mulheres e sobre o processo de parto. Seibert e colaboradores¹⁴ afirmam que:

Nesse modelo, a mulher perde sua autonomia, deixando o profissional escolher qual conduta seguir. Inúmeros procedimentos tecnocráticos são incorporados como rotina na assistência ao parto constituindo uma prática mecanizada, como o são os procedimentos de tricotomia da região genital, a enteróclise, a episiotomia e a anestesia [...] O modelo de assistência obstétrica que encontramos, hoje, no Brasil, é caracterizado por um alto grau de medicalização e pelo uso abusivo de procedimentos invasivos (p.248-9).

Para ilustrar essa dimensão das tecnologias invasivas que passaram a fazer parte do cotidiano da assistência em obstetrícia no Brasil e que, de certo modo, tornaram-se naturalizadas e muitas vezes são entendidas como “necessárias” tanto por profissionais quanto pelas mulheres/parturientes, neste texto discutimos o uso de duas práticas comuns na assistência obstétrica institucional: a episiotomia e o uso de ocitocina para a indução/condução do trabalho de parto.

Estas são práticas que são exercidas não somente por médicos, mas também foram assimiladas pelas enfermeiras obstétricas que, apesar de constituírem um grupo profissional cujo perfil se apresenta como promotor das práticas propostas pelo modelo de humanização do parto¹⁵, muitas vezes, contribuem para a consolidação dos dispositivos de poder-saber do modelo biomédico.

A **episiotomia** é uma incisão feita na região perineal que inclui o corte de camadas musculares, pele e mucosa vaginal, feita com a finalidade de poupar a integridade genital da mulher e facilitar o parto. Desde meados da década de 80 já existe evidência científica que contra-indica o

¹³ ZORZETTO, R. Escolha Errada. *Rev.Pesq.Fapesp*, São Paulo, ed., 2006.

¹⁴ SEIBERT, S. L.; SANTOS, J.M., VARGENS, O. M. C Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na História. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, n.13, p.245-51. 2005.

¹⁵ DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, set. 2005 .



seu uso rotineiro. Aponta-se que as lacerações perineais podem ocorrer mesmo com a realização de uma episiotomia e seu uso está relacionado à dor e ao desconforto, sendo as conseqüências negativas maiores que as associadas às lacerações perineais espontâneas. Além do que, estudos indicam que esta intensifica a perda sanguínea, assim como o edema, além de poder causar disfunção sexual¹⁶. Desta forma, trata-se de um procedimento cujo uso deveria ser criteriosamente avaliado. Porém, as pesquisas indicam que tem ocorrido um uso indiscriminado deste procedimento:

No Brasil e na América Latina, a recomendação do uso restrito do procedimento (episiotomia) é desconsiderada. A episiotomia é realizada em mais de 90% dos partos vaginais ocorridos na América Latina e no Brasil, sendo efetuada em 94,2% das primíparas que tiveram parto vaginal. Isso significa que milhões de mulheres, ao serem atendidas em instituições de saúde para dar à luz, têm sua vulva e vagina “cortadas” e “costuradas”, sem qualquer indicação médica¹⁷.

Parece-nos que um outro aspecto associado ao uso da episiotomia, especialmente nas indicações às primíparas, é a noção de imperfeição do corpo da mulher para o parto e da necessidade de usar saberes médicos para intervir e melhorar as condições do parto.

Ressalta-se que a insistência na prática ROTINEIRA da episiotomia sem indicação precisa pode representar falta de conhecimento/atualização teórica e, conseqüentemente, pouca adesão dos profissionais que atuam na assistência ao parto normal às recomendações da OMS. Isso nos leva a concluir que o que prevalece no dia-a-dia do trabalho desses profissionais são as referências do modelo biomédico formador e a falta de respeito à autonomia das mulheres, uma vez que, na maioria das vezes, o corte perineal é realizado sem que a mulher ao menos saiba sobre sua indicação e efeitos sobre sua saúde¹⁶.

A **ocitocina** é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior (Neuroipófise) e tem a função de promover contrações uterinas durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação. O corpo da mulher usualmente produz a quantidade necessária deste hormônio para cada fase da gestação, parto e puerpério. O uso da ocitocina sintética implica no desencadeamento de respostas orgânicas que repercutem sobre o corpo da mulher e, conseqüentemente, desencadeam respostas fetais, na medida em que aumentam o tonus muscular uterino.

¹⁶ PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.60, n.2, abr. 2007.

¹⁷ SANTOS, J. O.; BOLANHO, I. C.; MOTA, J. Q. C. et al. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, dez. 2008.



Estudos revelam que qualquer agente que cause contrações uterinas também pode provocar contratilidade uterina excessiva que, se frequentes ou prolongadas, podem afetar o fluxo sanguíneo útero-placentário reduzindo a oxigenação fetal. A ruptura uterina, menos frequente, é outra consequência da estimulação excessiva da atividade uterina. As evidências científicas sugerem que a indução do trabalho de parto com ocitocina aumenta a incidência de hiperbilirrubinemia neonatal¹⁸.

Em estudo realizado com 10.072 puérperas sobre o uso de medicamentos durante a internação, apontou que a ocitocina foi prescrita para 42,3% das gestantes e que sua indicação foi mais incidente nos serviços públicos de saúde municipais e federais (54,8%) que nos filantrópicos, militares, universitários e estaduais (37,7%) e privados (34,1%). Os autores comentam que o uso de ocitocina como indutor do trabalho de parto acompanharia o maior uso de anestésico locorregional (38,1%) refletindo via de parto normal ou controle da evolução do trabalho de parto. O maior emprego/percentual da ocitocina no primeiro estrato pode estar refletindo o maior uso em condições controladas para a indução de parto normal¹⁹. Da mesma forma, o uso do anestésico locorregional na assistência ao parto normal pode estar relacionado à necessidade de cuidados perineais como nos casos de reparos de lacerações espontâneas e episiorrafias.

Estudo recente realizado sobre o delineamento das competências de profissionais não médicos na assistência à maternidade (gestação, parto e pós-parto) apontou que 53% dos entrevistados faziam uso sempre ou quase sempre da prescrição e controle da aceleração do parto por ocitocina. A maioria desses profissionais possuía muito tempo de atuação na atenção ao parto e não conseguia complementar sua formação e manter-se atualizada para acompanhar os avanços e transformações na atenção ao parto que ocorreram nas duas últimas décadas, principalmente quanto às recomendações para a maternidade segura e as práticas baseadas nas evidências científicas²⁰.

Importante ressaltar que é comum nos relatos de profissionais envolvidos na assistência direta à mulher que a aceleração do parto por meio da indução/condução com ocitocina aumenta a rotatividade dos leitos obstétricos e aumenta a produção dos serviços de saúde. Esta estratégia assistencial reflete o modo como está organizado o faturamento dos procedimentos técnicos institucionais que se baseiam na busca continuada pelo incremento da “produtividade” em saúde.

¹⁸ SANTOS, J. O.; BOLANHO, I. C.; MOTA, J. Q. C. et al. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, dez. 2008.

¹⁹ OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, suppl.1, 2004.

²⁰ NARCHI, N. Z. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saude soc.**, São Paulo, v.19, n.1, mar. 2010.



Esta constatação deve ser considerada quando se propõe reflexões acerca da organização do cuidado em saúde cujo foco deve estar na qualidade e não na quantidade das ações. Especificamente na assistência ao parto, percebe-se que, mesmo em modelos institucionais cuja filosofia é regida pelos pressupostos da humanização, muitas vezes as condutas implementadas buscam responder às necessidades institucionais de liberação de vagas e realização do máximo de partos possíveis em um curto intervalo de tempo.

O uso rotineiro de ocitocina durante a assistência ao parto, para além dos riscos materno-fetais envolvidos, também constitui um grupo de intervenções aplicadas no corpo da mulher durante o trabalho de parto cuja tomada de decisão pelo seu uso, na maioria das vezes, não inclui a sua participação além de limitar a sua mobilidade dado o aparato tecnológico necessário para sua utilização. Na experiência das autoras, a crença nos poderes da ocitocina está tão disseminada que, em muitas situações, a mulher pede pelo “soro que dá dor” e afirma que sem ele não será capaz de dar à luz. Na perspectiva deste estudo, o uso indiscriminado da ocitocina reforça a crença na incapacidade do corpo da mulher em responder espontaneamente às demandas do trabalho de parto e no poder da mulher sobre o próprio corpo.

Assim, a problematização do uso da episiotomia e da ocitocina na assistência ao parto normal encontra motivações na preocupação das autoras em aprofundar as reflexões acerca das tecnologias invasivas no corpo da mulher que, se por um lado, pelos argumentos biomédicos, têm o poder de garantir “bons resultados perinatais” e possibilitarem o controle do tempo em que os eventos se sucedem, por outro lado objetifica o corpo da mulher quando o considera como mero trajeto (útero, pelve) por onde o objeto (feto ou móvel) deve passar.

Considerações Finais

O processo de institucionalização do nascimento e parto como um evento médico/hospitalar e o uso indiscriminado de algumas tecnologias durante o ciclo gravídico-puerperal motivou a elaboração deste texto. Evidenciar que estas praticas são orientadas pelo modelo biomédico e pela premissa positivista que garante o triunfo da ciência e da razão sobre quaisquer outras explicações acerca da saúde pode contribuir para o debate sobre o cuidado em saúde das mulheres durante o período reprodutivo, especificamente sobre a assistência obstétrica. Este debate tem conseguido influenciar as políticas públicas no Brasil e têm sido criadas políticas e programas que buscam minimizar os efeitos negativos deste processo. Um bom exemplo é o Programa Nacional de



Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento. Porém é preciso reconhecer que os modelos de formação profissional no campo da Obstetrícia precisam ser revistos e transformados.

Algumas escolas de enfermagem tem empreendido esforços no sentido de rever criticamente o uso do paradigma biomédico no campo da enfermagem obstétrica, como por exemplo o Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UERJ⁷. Porém, este ainda é um movimento incipiente no contexto dos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica.

Na vanguarda deste processo, a Universidade de São Paulo (USP) criou em 2005 o curso de graduação em Obstetrícia. Este busca formar obstetristas e o currículo está pautado nos princípios da integralidade em saúde e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. Trata-se de um curso de graduação que busca romper com o modelo medicalizado de atenção à saúde e contribuir para a formação de um número significativo de profissionais habilitados a assistirem ao parto.

Vale destacar ainda que, na perspectiva das autoras, a assistência à mulher no ciclo gravídico e puerperal deve estar orientada pelo reconhecimento da potencialidade das mulheres no cuidado com o próprio corpo e permitir o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos, possibilitando às mulheres espaço para decidir como, quando e acompanhada de quem querem parir. Garantir que essa perspectiva se concretize nas práticas na sociedade contemporânea é responsabilidade de todos.

Bibliografia

AYRES, J. R. C. M. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.28, n.4, ago. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2010.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2010.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2010.

ENKIN, M.P. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.



- KRAKOWSKI, L. **História da obstetrícia e a patologização da gravidez**. Rio de Janeiro: Associação Nacional de História. [s/d]. Disponível em: <<http://www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2004/Simposios%20Tematicos/Lilian%20Krakowski%20Chazan.doc>>. Acesso em: 29 jun. 2010.
- MOTT, M. L. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). **Rev Esc Enf USP**, v.35, n, 1, p. 46-53, mar. 2001.
- NARCHI, N. Z. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saude soc.**, São Paulo, v.19, n.1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 02 July 2010.
- OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al . Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, suppl.1, 2004 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2010.
- PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.60, n.2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2010.
- SANTOS, J. O.; BOLANHO, I. C.; MOTA, J. Q. C. et al. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400008&lng=pt>. Acesso em: 02 jul 2010.
- SEIBERT, S. L; SANTOS, J.M., VARGENS, O. M. C Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na Historia. **R Enferm UERJ**, Rio de janeiro, n.13, p.245-51. 2005.
- SILVA, S. J. C. Foucault e as relações de poder: o cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. **Rev. Aulas**, Campinas, Dossiê Foucault, n.3, dez-2006/mar-2007. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/17.pdf>>. Acesso em 03 jul. 2010.
- SOIHET, R.; PEDRO, J. M. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v. 27, n. 54, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882007000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul 2010.
- SPINK, M. J. P. **Psicologia Social e Saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
- TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário de humanização. **Rev. Estudos Feministas**, Florianópolis, ano X, 2.sem.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2010.
- VARGENS O. M. C; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p.46-50. 2004



ZORZETTO, R. Escolha Errada. **Rev.Pesq.Fapesp**, São Paulo, ed., 2006. Disponível em: <<http://www.cepia.org.br/en/doc/mulheres.pdf>>. Acesso em 03 jul. 2010.