



POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO DIALÓGICA EM SAÚDE PARA O RESGATE DO PARTO NATURAL

Milene Rosa - Universidade Regional de Blumenau

Resumo: O presente artigo propõe uma reflexão da educação em saúde como um meio de resgatar o parto natural já muito deslocado de nossa cultura atual em que prevalece o parto medicalizado em especial a cesariana. Trata-se de um estudo de cunho bibliográfico, que utiliza-se do método da educação dialógica de Paulo Freire como forma de pensar uma mudança do modelo hegemônico do parto. O estudo discute, num primeiro momento, como está sendo realizada a educação para o parto atualmente; num segundo momento discute a relação de educação em saúde e o modelo hegemônico do parto. O artigo finaliza com a reflexão acerca das possíveis contribuições da educação dialógica como um processo de mudança do modelo atualmente hegemônico. Como considerações podemos ressaltar que a forma de atuar nos partos está diretamente relacionada à educação tanto da sociedade sobre o acontecimento parto como algo que implica riscos, mas principalmente pela educação universitária que enfatiza o parto como patológico, tornando necessária a intervenções e tecnologias especializadas.

Palavras-chaves: educação para o parto, parto natural, educação dialógica.

Introdução

O parto é um evento cultural. E como tal sofre modificações históricas, de acordo com as dinâmicas sociais e os significados que lhe são atribuídos enquanto questão social, econômica e política.

Durante muitos séculos o parto foi tratado como um evento fisiológico. Ocorria no domicílio da mulher que iria parir sob o auxílio de outras mulheres com experiências em parto, portadoras de conhecimentos que eram passados de mãe para filha. O parto era visto como um evento restrito ao feminino e ocorria de forma natural, ou seja, sem intervenções médicas.

A interrupção deste modelo de parto ocorre com a introdução do profissional médico atuando em partos difíceis. Os médicos costumavam ser chamados para atuar em partos complicados quando não se podia mais esperar, exigindo deles alguma intervenção, geralmente cirúrgica a fim de salvar a vida da mãe e se possível do bebê. Geralmente os médicos não acompanhavam o trabalho de parto, pelo próprio tabu de serem homens, agindo

somente em casos extremos. A atuação em partos complicados vai formando o saber médico que acaba por caracterizar o parto como um evento perigoso e potencialmente de risco para a vida da mulher e do bebê. Assim, o parto passa a ser

acompanhado em ambiente hospitalar de forma medicalizada, em nome dos riscos e da segurança à vida.

Conforme o Data Sus (2012), no Brasil cerca de mais de 97% dos nascimentos ocorrem em ambiente hospitalar. E destes mais de 55% são partos cirúrgicos. A elevação nas taxas de cesarianas como meio de resolver o parto vem ocorrendo em todo o mundo, mais especificamente no Brasil.

O Brasil ocupou até pouco tempo, a posição de campeão mundial de cesariana. Se por um lado, a cesariana realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

Atualmente muito se discute a via de parto, e mais especificamente a operação cesariana como tecnologia para o nascimento. Suas vantagens, desvantagens, indicações, custos e fatores relacionados à incidência tem sido motivo de longas discussões tanto no caráter científico quanto popular. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

O parto cirúrgico é o mais escolhido, algumas vezes por opção das mulheres em outras por indução ou indicação médica. DIAS et al (2008), pesquisaram a trajetória das mulheres na definição pelo parto cesariana, num total de 437 mulheres que tiveram seus partos em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro. E constataram que embora 70% das entrevistadas não desejassem cesariana, 90% apresentaram este tipo de parto. Concluíram então que independente do desejo inicial pelo parto, a interação com o serviço de saúde resultou na cesariana como via final de parto.

O parto cirúrgico está se tornando algo muito comum na sociedade; submeter-se a uma cesariana se tornou normal. A fácil aceitação do universo feminino ao parto medicalizado e a cesariana está associada à interpretação do parto enquanto um ato que implica riscos de vida tanto para a mãe quanto para o filho que está para nascer. Assim sendo, a assistência à mulher no momento do parto tornou-se objeto de grande medicalização.

Entretanto, o fato do parto haver se tornado intensamente medicalizado no ambiente hospitalar, onde seu atendimento torna-se mecânico, impedindo uma atenção exclusiva, vêm causando descontentamentos às mulheres que experienciam este sistema. Esse descontentamento também é perceptível em profissionais que possuem uma visão de parto como um evento natural. Diante destes descontentamentos forma-se, lentamente, um movimento de resistência ao modelo hegemônico, visando um resgate da figura feminina e de seu protagonismo nas questões relativas ao parto, bem como restituir-lhe a confiança em sua capacidade de parir.

Acreditando nessa capacidade da mulher em resgatar o parto para si, e devolver a conotação de evento natural ao parto, profissionais engajados nesta causa, atuam realizando educação para o parto no sentido de conscientizar as mulheres e casais, principalmente gestantes ou que desejam uma gestação para pensarem o parto como um momento seu, cabível as suas decisões e sua participação ativa.

Mas, estando o parto inserido no interior da instituição hospital, poderá ser tratado como natural? Cada vez menos o indivíduo entende e participa de sua saúde, acreditando que sua saúde depende exclusivamente de um profissional que saberá mais do que ele próprio dizer o que fazer e o que é o melhor para si. Será possível uma interrupção deste pensamento social?

Diante destas indagações surge a pergunta que estimulou este artigo: Pode a educação em saúde contribuir para o resgate ao parto natural? Partindo do pressuposto que “[...] a educação é uma forma de intervenção no mundo” (FREIRE, 1996, p.98), objetivo neste estudo refletir a educação para o parto como possibilidade ao resgate do parto natural.

DIAS et al (2008), assim como CAMARA et al (2000), mencionam em sua pesquisa que trabalhos educativos direcionados às gestantes e à população em geral, a presença de educadores dentro do pré-natal particular e a mudança no modelo de assistência ao parto podem ser estratégias promissoras para a reversão deste quadro.

O Ministério da Saúde também vem apostando na educação em saúde como meta para redução dos altos índices de cesarianas, através de campanhas destinadas a conscientização da população e educação permanente dos profissionais que atuam na área. Em uma de suas publicações dirigidas para profissionais da área, *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher*, ele coloca que para mudar a relação do profissional de saúde/mulher é necessário uma mudança de atitude de cada um. Dentre as questões a ser vistas como indispensáveis cita o reconhecimento da gestante como condutora do processo e a visão de que gravidez não é doença. (Ministério da Saúde, 2001)

A educação para o parto hoje

Atualmente podemos dizer que a educação para o parto pode ser realizada de diversas formas, partindo do pressuposto que educação em saúde é um processo contínuo de aprendizado de atos favoráveis a condutas de saúde. A educação para o parto pode ser realizada por profissionais de saúde em serviços de saúde como Postos de saúde, consultório médico, hospitais e clínicas; sob forma coletiva como em cursos, palestras, encontros de

gestantes, ou de forma individualizada como no consultório médico durante a consulta de pré-natal.

A educação em saúde às mulheres e população em geral também ocorre através da mídia, geralmente por campanhas do Ministério da Saúde. Embora este tipo de educação não tenha a mesma conotação com educação para a população quanto a que é realizada formalmente, tem intenção de conscientizar mesmo que imperceptivelmente. Poderia citar como um exemplo desta educação mais informal o parto nas novelas. Os nascimentos mostrados em novelas brasileiras são de partos normais, dificilmente se mostrará uma cesariana, somente em casos complicados ou gestação de gemelar. Outra estratégia que o Ministério da Saúde utiliza para campanhas a favor do parto natural é usar a imagem de atrizes ou cantoras famosas que tiveram partos naturais, com o propósito de divulgar o parto como algo para todas as classes sociais e quebrar um pouco a imagem que o parto normal é para os “pobres”.

O parto natural, por não necessitar de tecnologias especializadas, tende a ser visto como um procedimento simples, enquanto a cesariana tende a ser vista como algo grandioso devido ao uso da tecnologia e será também opção daqueles que estão acostumados a idolatrar e utilizar ao máximo as tecnologias disponíveis.

A educação em saúde formalmente realizada em hospitais e consultórios tende a ser tendenciosa, mostrando a tecnologia como algo fundamental ao nascimento. A escolha do parto é desestimulada, colocada como algo que se deve deixar para pensar no momento, pois “não se sabe ainda se poderá ter o parto normal”. O parto normal é visto como algo a depender exclusivamente do físico, assim como o preparo do parto também será pensado como preparo físico. Isto pode ser exemplificado quando uma gestante responde que está se preparando para a gestação fazendo atividades físicas, yoga, treinando respiração e aprendendo sobre posições para o parto. Não que isto não seja importante, porém a concentração no preparo físico acaba secundarizando o preparo emocional que, hoje é sabido, seria um dos fatores mais determinantes ao sucesso do processo de parto.

Conforme o Ministério da Saúde (2006), o avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que gera estado de confiança da mulher. No entanto, as condutas baseadas apenas nos aspectos físicos não são suficientes. Necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período gravídico-puerperal.

Atualmente as consultas de pré-natal duram um tempo em média de quinze minutos, e resumem-se basicamente a ver vitalidade do feto, controle de peso, questionamentos médicos sobre o auto cuidado da gestante como a realização de atividade física e alimentação correta. Restando pouco tempo para esclarecer dúvidas sobre o parto.

Já a educação em saúde realizada fora das instituições privadas, em postos de saúde pelos grupos/encontros de gestantes e outros realizados por iniciativa de profissionais de organizações não governamentais, tendem a seguir as orientações do Ministério da Saúde de incentivo ao parto normal com o mínimo de intervenções e direito de escolha sobre o seu tipo de parto. Essa educação certamente se fará de forma mais participativa e esclarecedora.

Muitas mulheres estão preparadas para optar pelo parto natural, por acreditarem em seu corpo e no seu poder de parir, mas dificilmente conseguirão por em prática sua autonomia ao adentrarem no hospital. No hospital, o parto institucionalizado, segue normas de condutas destinadas a facilitar o fluxo de atendimentos dos profissionais, o parto geralmente se dá com condutas rotineiras, tornando-se mecânico e amedrontador mesmo as mulheres que já possuem conhecimento para participar deste momento, o nascimento de seus filhos.

Educação em Saúde X Modelo hegemônico do parto

O modelo hegemônico de parto que dita o parto medicalizado, deixa todo o poder de decisão na mão do profissional médico. A não participação do indivíduo no seu processo de saúde/doença e a crescente medicalização e tecnologia presentes na assistência são características do modelo de saúde vigente, modelo no qual o modelo de parto está inserido.

Tal modelo também tem seus críticos. Para Illich (1975), não seria com o aumento das despesas médicas que se aumentaria o nível de saúde. O povo deslumbrado pela tecnologia médica acredita que a saúde de uma sociedade aumenta na exata medida em que utiliza-se de medicamentos, terapêuticas, internações diversas e controles preventivos.

As mulheres ao adentrarem no hospital, assim como toda a população que procura um atendimento a saúde, ficam neutras diante de escolhas terapêuticas, totalmente vulneráveis as decisões médicas por não dominarem o saber destas tecnologias tão utilizadas e apreciadas nos serviços de saúde.

Conforme Illich (1975, p.50),

[...] palavras e gestos produzidos por um conjunto de profissões se reservam o direito exclusivo de avaliar os seus efeitos e que tornam o consumo de seus produtos

praticamente obrigatório, utilizando seu prestígio para eliminar da vida cotidiana as escolhas alternativas.

Segundo Odent (2002), o ‘saber médico dominante’ repetidamente cita o ‘fator de risco’ e a preocupação com a segurança da mãe e da criança para justificar a ‘medicalização por atacado’ do processo de nascimento e desacreditar qualquer alternativa, seja ela partos em casa, em casas de parto ou unidade de maternidade no hospital que tem uma abordagem diferente da tradicional.

A forma de fazer educação em saúde hoje praticada nos serviços de saúde principalmente privados, tende a reforçar o atual modelo hegemônico do parto. O profissional médico acredita que ele é quem sabe e não costuma socializar conhecimentos a fim de manter-se como absoluto e “dono das condutas”. Conforme Freire (1999), trata-se de acomodar as classes emergentes, domesticá-las em algum esquema de poder ao gosto das classes dominantes.

Para tanto torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia da mulher, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autoria de sua trajetória de saúde e de seu parto; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.

Para se pensar em mudança do modelo hegemônico do parto, faz-se necessário mudanças na forma de pensar o parto não só para as mulheres, mas principalmente para os profissionais de saúde que estão a frente realizando a educação para o parto e atuando diretamente com o processo de parturição.

A maioria dos profissionais vê a gestação e o parto como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante a sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. Os estudantes são treinados para adotar práticas rotineiras sem a avaliação crítica de cada caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

Odent (2002) coloca que os estudantes gastam a maior parte do tempo preparando-se para coisas horríveis que poderiam dar errado durante a gestação e o parto. Aprendem tudo sobre placenta prévia e toxemia gravídica, quando chegam a ser doutores, eles aprenderam pouco sobre a fisiologia do trabalho de parto normal e são ignorantes quanto aos fatores perfeitamente comuns que podem vir a modificar o processo, sem que sejam causas de alarmes ou intervenções.

O resultado disto, é o parto ser visto como um problema em potencial. Mudar pensamentos e posturas enraizadas nos profissionais e sociedade em geral certamente não é algo fácil.

Para Freire (1996), “A educação é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que além do conhecimento dos conteúdos bem ou mal ensinados e/ou aprendidos implica tanto os esforço de reprodução da ideologia dominante quanto o seu desmascaramento.”

A educação dialógica de Paulo Freire e o resgate ao parto natural

A metodologia dialógica de educação, desenvolvida por Paulo Freire, propõe que se faça uma educação que resgate a conscientização para que ocorra a ação. Ou seja, trazendo esta proposta de educação para o contexto do modelo atualmente hegemônico de parto, somente pela conscientização dos profissionais e das mulheres envolvidos no acontecimento do parto seria possível a modificação sobre as escolhas do modelo para parir, ou seja, sobre a ação efetiva de médicos, enfermeiras e mães, na hora de efetuar o parto.

Esta conscientização deverá ocorrer entre educando e educador (profissional de saúde e gestante) através do verdadeiro diálogo. O aprendizado se dará no encontro das pessoas, na troca de palavras, onde não existe um sábio e um ignorante, todos são possuidores de conhecimentos. E é sobre estes conhecimentos prévios, na situação concreta da vida das pessoas, em seu contexto cotidiano, questões problemáticas e significativas vivencialmente a que Paulo Freire conceitua como palavras geradoras, que deve-se iniciar e transitar o diálogo entre seus participantes:

O diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias a serem consumidas pelos permutantes. (FREIRE, 2006, p.91)

O método dialógico proposto por Freire, enfatiza que para haver diálogo deva-se ter amor, esperança nos homens, no mundo, na vida. Segundo Freire (2006), o amor não pode ser encontrado em relações de dominação. O amor é um compromisso com os homens, um compromisso com sua causa, a causa de sua libertação.

Não poderá haver diálogo também se não há humildade. A humildade de compreender de que não há sábios ou ignorantes, que todos possuem saber e todos têm o que aprender.

O profissional de saúde geralmente no papel de coordenador de um grupo, se tratando de educação para a saúde, em especial educação para o parto, tende a acreditar em verdades absolutas, ser possuidor destas verdades, que sua função ao educar é transmitir esta verdade. Na educação dialógica dizer a verdade, dizer a palavra verdadeira tem outro significado:

Dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente, por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra dos demais. (FREIRE, 2006, p. 90-91)

FREIRE (2006), coloca ainda que o diálogo é um ato de esperança, não um ato de esperar, é um ato de acreditar no ser humano como capaz de criar e recriar. Opõe-se ao pensar ingênuo que vê o presente como algo normalizado e bem-comportado. Para o pensar ingênuo, o importante é a acomodação a este hoje normalizado. Já para o pensar crítico, a transformação permanente da realidade, para a permanente humanização dos homens.

Existir é ter consciência crítica, pensar o presente com criticidade. Somente com o diálogo é que podemos ter uma consciência crítica. Segundo Freire (2006) esta prática implica ao educador e educando conhecer, não só a objetividade em que estão, mas a consciência que tenham desta objetividade, os vários níveis de percepção de si mesmos e do mundo em que e com que estão.

Esta conscientização poderá gerar um descontentamento, uma atitude de oposição aos que não concordam, a busca de uma posição de luta, “Conscientizar não significa de nenhum modo ideologizar ou propor palavras de ordem. Se a conscientização abre caminho as expressões de insatisfações sociais é porque estas são componentes reais de uma situação de opressão.” (FREIRE, 1999, p.20)

Quando uma mulher tem consciência do que é um parto, do seu papel no parto, do que lhe pode ser, e é efetivamente tirado, durante o parto no ambiente hospitalar ela, tendo a consciência crítica, se obriga neste momento a reconhecer o fato da opressão, do mesmo modo que luta pela sua libertação. Esta luta poderia se dar no ambiente hospitalar ao tentarem modificar as sólidas rotinas hospitalares em favor a suas decisões. Quando a educação em saúde toma esta proporção, ou seja, quando ela se torna força real contra o sistema hegemônico que tenta se manter em favor ao gosto das classes dominantes, o sistema agirá de forma opressiva a fim de manter seus interesses. Quero dizer que, se esta mulher tentar um parto contrário ao rotineiro, terá grandes chances de obter uma cesariana, baseada em uma indicação médica em nome dos riscos a sua vida e a do seu bebê. “Se já não é possível aquela

mesma docilidade tradicional, se já não é possível contar com sua ausência, torna-se indispensável manipulá-las de modo a que sirvam aos interesses dominantes e não passem dos limites.” (FREIRE, 1999, p. 25).

A relação tensa entre a escolha da mulher e o sistema hegemônico ocorre no ambiente hospitalar por aí predominar uma relação antidialógica, que não acredita na mulher como possuidora de saberes, de seu poder de criar e recriar. “Não há diálogo se não há uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de ser *mais*, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens.” (FREIRE, 2006, p.93)

Àquelas mulheres, que tiveram a tomada de consciência de sua situação real vivida, e do meio em que estão inseridas, ou seja, sabendo do que prevalece no modelo de parto hoje praticado e normalizado por outros não possuidores desta consciência ainda, tendem a libertar-se com escolhas alternativas. Constroem suas verdades e optam muitas vezes por parirem fora da instituição hospital, sendo esta uma maneira de fugirem a opressão do sistema.

Estas mulheres poderão encontrar nesta concepção educacional uma substancial ajuda, ou mesmo um ponto de partida para que se reconheçam como sujeitos capazes de tomarem decisões e criar culturas.

Considerações

O modelo hegemônico do parto vem se firmando pela cultura criada de ser o parto um risco em potencial. Os profissionais de saúde atuantes na área de obstetrícia sustentam isto como verdade a fim de manterem-se absolutos nas decisões e condutas referentes ao tipo de parto. O próprio ensino universitário mantém o pensamento do parto como patológico e enfatiza as intervenções como necessárias, cabendo somente aos profissionais decidir em que momento utilizar-se delas em favor a vida da mulher e do bebê. Assim os profissionais de saúde aprendem desde cedo a excluir as mulheres de decisões relativas à sua saúde, em especial ao seu parto.

O modo de fazer educação em saúde pode contribuir para manter este pensamento ou para gerar um pensamento crítico a respeito do modelo atual do parto.

Existem muitas formas de educação para o parto. Educação para o parto buscando atender a interesses privados, educação para o parto voltada aos ideais de políticas públicas. Porém somente pela educação dialógica que se pode gerar um pensar crítico nas mulheres para o seu parto, ou seja, se pode educá-las verdadeiramente.

O pensar crítico, alça as mulheres para a luta pela libertação. Pela luta em prol de suas escolhas não mais ingênuas, não mais submissas às normalizações impostas pela sociedade e reproduzidas como cultura.

O profissional educador dialógico existe muitas vezes fora das instituições onde se desenvolve os encontros de gestantes. E no ambiente hospitalar onde se dá mais de 97% dos partos ele inexistente para permitir esta conexão da reflexão à ação. O parto hoje é realizado em ambiente hospitalar, o qual a mulher que pensa criticamente esbarrará na força do sistema, aumentando ainda mais a opressão sobre ela e sua escolha ao parto.

Algumas mulheres que conheceram a educação dialógica e alcançaram o pensar crítico, tendo noção de ser sujeito e de ser sujeitar ao sistema hospitalar optaram por parir fora do sistema hegemônico, seja em casas de parto, ou no próprio domicílio, a fim de agirem conforme o seu pensar, ou seja, existirem, emanciparem-se.

Somente o profissional com visão dialógica da educação poderá educar para o pensar crítico. Para que a educação dialógica ocorra de fato, é necessário formar profissionais abertos ao diálogo. Prepará-los já na universidade a respeitar o próximo e compreendê-lo como sujeito possuidor de saberes e direitos de escolhas. Somente devolvendo a participação das mulheres no seu parto elas terão autonomia sobre sua saúde, seu corpo e seu parto, e assim poder-se-á dizer que ocorreu educação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde . Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Área técnica de saúde da mulher. Pré-natal e Puéripério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área técnica da saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMARA, MFB; MEDEIROS, M; BARBOSA, MA. **Fatores sócio culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem.** Revista eletrônica de enfermagem, Goiânia, v.2, n.2, jan/jun 2000. Disponível em <[HTTP://www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>. Acesso em 24/02/2012

DATASUS. Sistema Nacional de Nascidos Vivos. In: Ministério da Saúde. Disponível em <[HTTP://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2010/f08.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2010/f08.def)>. Acesso em 24/02/2012.

DIAS, MAB; DOMINGUES, RMSM; PEREIRA, APE; FONSECA, SC; GAMA, SGN; THEME, NM; BITTENCOURT, DAS; ROCHA, PMM; SCHILITHZ, AOC; LEAL, MC. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro.** Ciência & saúde coletiva. V.13, n.5. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <[HTTP://www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)>. Acesso em 24/02/2012.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1999.

_____, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 43 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina.** 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

ODENT, Michel. **O renascimento do parto.** 2 ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.