

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
CURSO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

MONIQUE FELIX RIBEIRO DA SILVA

AVANÇOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E NASCIMENTO NA PERSPECTIVA DA
HUMANIZAÇÃO DO PARTO A PARTIR DA REDE CEGONHA

RIO DE JANEIRO

2015

MONIQUE FELIX RIBEIRO DA SILVA

AVANÇOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E NASCIMENTO NA PERSPECTIVA DA
HUMANIZAÇÃO DO PARTO A PARTIR DA REDE CEGONHA

Monografia do Curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Vivian Costa Barros

RIO DE JANEIRO
2015

CIP - Catalogação na Publicação

S586a Silva, Monique Felix Ribeiro da
Avanços na assistência pré-natal e nascimento
na perspectiva da humanização do parto a partir da
Rede Cegonha / Monique Felix Ribeiro da Silva.
- Rio de Janeiro, 2015.
39 f.

Orientadora: Vivian Costa Barros.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal
do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde
Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, 2015.

1. Humanização. 2. Parto e nascimento. 3.
Modelos de parto. 4. Rede Cegonha. I. Barros,
Vivian Costa , orient. II. Título.

MATERNIDADE-ESCOLA

AVANÇOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E NASCIMENTO NA PERSPECTIVA DA
HUMANIZAÇÃO DO PARTO A PARTIR DA REDE CEGONHA

MONIQUE FELIX RIBEIRO DA SILVA

Monografia do Curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Aprovada por:

MS. Vivian Costa Barros

MS. Edna Maria da Silveira Monteiro

Nota:
Conceito:

Rio de Janeiro, 01 de julho de 2015

Dedicatória

Dedico este trabalho a meu Pai, João Luiz, e a meu avô, Nazareno; os grandes homens da minha vida, que sempre me educaram com todo o amor, para que eu buscasse sempre cumprir com meus objetivos, realizando os meus sonhos. Sei que de alguma forma eles estão muito felizes por essa realização.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por ter me dado toda a sabedoria e a fé necessária para cumprir mais uma etapa da minha vida.

A meus pais, Mônica Felix e João Luiz, por todo o amor, carinho, dedicação, ensinamento e paciência; sem o ensinamento de vocês não teria chegado até aqui. Essa vitória é para vocês dois, meus grandes amores.

A meus irmãos, Jairo, Maria Vitória e João Luiz, por todo o carinho e alegria que me proporcionaram, tornando as dificuldades mais leves.

A toda a minha família, tios, tias, primos, em especial a meus avós, Nazareno, Maria, Julieta e João Batista, por compreenderem minha ausência em vários momentos, e por mesmo assim torcerem pelo meu sucesso.

Ao meu namorado e amigo, Pedro Paulo, por todo o amor, conselhos, força e muita paciência, e por principalmente me acalmar nos momentos de desespero, contar com a sua ajuda foi e é fundamental.

A minha orientadora Vivian Barros, por todo o aprendizado, dedicação e por ter me acolhido tão prontamente como sua orientanda.

A professora Edna, pela gentileza de aceitar compor a minha banca examinadora, contribuindo para o meu aprendizado.

Ao Top Five por toda a amizade e por sempre estarem ao meu lado.

Aos meus amigos Vitor Ferreira e Maria Cecília por serem grandes amigos em todas as horas; nem a força do tempo abala nossa amizade.

A todas as minhas amigas do curso de especialização por estarem ao meu lado nesses 18 meses intensos.

E por último ao meu bisavô Saturnino por todo o amor, sabedoria e pelas milhares de orações em prol da minha vida, pedindo sempre pela minha graduação.

Epígrafe

“O Senhor é meu pastor, nada me faltará. Em verdes prados ele me fez repousar. Conduz-me junto às águas refrescantes, restaura as forças de minha alma. Pelos caminhos retos ele me leva, por amor do seu nome”.

Salmo 23

RESUMO

O nascimento é um momento único na vida das mulheres. Ao longo dos anos a assistência à saúde materno-infantil passou por intensas modificações, tendo como meta a qualidade da assistência e proteção destes grupos da população. Neste cenário, configura-se como importante avanço a Rede Cegonha (2011), uma estratégia do Governo Federal que possui como objetivo principal melhorar a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, do puerpério e da assistência às crianças até os seus 24 meses de vida. O presente estudo teve como objetivo identificar os avanços na assistência pré-natal e nascimento na perspectiva da humanização do parto a partir da Rede Cegonha. O trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica não sistemática, onde foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre o tema em algumas bases de dados e na biblioteca virtual, a saber: Scielo, Lilacs e BVS. Os achados evidenciaram que o modelo de parto humanizado aliado a estratégia da Rede Cegonha está mudando perfil da assistência ao parto e nascimento, propiciando à população de mulheres e crianças uma atenção de qualidade, integrada e resolutive. Mesmo com os avanços significativos na assistência ao pré-natal e nascimento verificados nos últimos anos, são necessárias constantes discussões sobre a temática. Nesse contexto, novos trabalhos são fundamentais para ampliar as possibilidades de proteção e assistência destes grupos.

Palavras-chave: Humanização; Parto e nascimento; Modelos de parto; Rede Cegonha

ABSTRACT

The moment of birth is a unique in a woman's life. Over the years, the assistance to maternal and child health has undergone enormous changes, having as main goal the quality of care and protection of these population groups. The "Rede Cegonha" (2011), a strategy of the federal government, is an important advance in this scenario. Its main objective is to improve the quality of prenatal care, delivery care, postpartum and assistance to children up to 24 months old. This study aimed to identify advances in prenatal care and birth from the perspective of humanization of childbirth and from "Rede Cegonha" strategy. The methodology we used was a non-systematic literature review, carried out through bibliographic research on the topic in the following databases: Scielo, Lilacs and BVS. The findings showed that the humanized delivery model combined with "Rede Cegonha" strategy is changing the profile of assistance to labor and birth, providing good care for the population of women and children. However, even with the significant advances in prenatal and birth care in recent years, it is still important constant discussions and studies on the subject. In this context, new jobs are key to expanding the possibilities of protection and assistance of these groups.

Keywords: Humanization; Labor and birth; Delivery models; "Rede Cegonha"

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	8
1.1 Parto no Brasil: um breve histórico -----	8
1.2 Humanização do parto e o seu contexto principal -----	10
1.3 Direitos das gestantes e puérperas -----	12
2. JUSTIFICATIVA -----	15
3. Objetivos -----	16
3.1 Objetivo geral -----	16
3.2 Objetivos específicos -----	16
4. Metodologia -----	17
5. REFERENCIAL TEÓRICO -----	17
Capítulo 1- Contexto sócio histórico do parto no Brasil-----	17
1.1 As diferentes abordagens de parto: Tecnocrata, Holístico e Humanizado -----	18
Capítulo 2- Rede Cegonha: principais avanços-----	23
Capítulo 3- Aspectos Epidemiológicos-----	28
6. DISCUSSÃO -----	31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	34
8. REFERÊNCIAS -----	36

Introdução

1.1- Parto no Brasil: um breve histórico

O nascimento é um evento cheio de significados para a vida de uma mulher, que vem sofrendo transformações ao longo do tempo. Este momento será eternamente lembrado pela mulher que passou por esta experiência (LOPES, 2009).

Antigamente a mulher paria de modo isolado, frequentemente sem nenhuma assistência ou cuidado vindo de outras pessoas, apenas seguia o seu instinto. O parto era considerado um fenômeno natural e fisiológico (SANTOS, 2002).

Com o passar dos tempos, as próprias mulheres se auxiliavam na assistência ao parto e iniciavam um processo de acumulação de saber sobre a parturição. Dessa forma, eram agregados novos conhecimentos acerca do processo de nascimento entre as próprias mulheres e o parto passou a se tornar um evento mais importante na vida das mulheres que participam deste momento. Uma mulher que a comunidade considerasse como mais experiente era reconhecida como uma *parteira- mulher* que por sua vez, atendia aos partos domiciliares, sem nenhum saber científico. Seus conhecimentos eram baseados na prática e na acumulação de saberes, passados tradicionalmente de geração para geração (PIRES, 1989).

“A fundação de universidades e posteriormente a criação de cursos profissionalizando médicos, estava intimamente ligada e controlada pela igreja. A admissão estava limitada aos homens das classes altas e, portanto, inacessível às parteiras. Devido ao fato de que a gravidez e o parto não serem considerados doenças, esses assuntos não eram rotineiramente incluídos nos currículos médicos. Os médicos então reservaram seus encontros com as parteiras – de classe inferior - e estas, por sua vez, reservavam as enfermarias dos hospitais para os procedimentos médicos, nunca levando uma parturiente normal para este ambiente.” (SANTOS, 2002)

No século XVII houve uma grande transformação na obstetrícia: a introdução dos cirurgiões na assistência ao parto (ocasionando uma grande mudança), pois naquele tempo ainda não existia a obstetrícia e a ginecologia como especialidade médica (MACHADO, 1995).

Quando situações difíceis surgiam na hora do parto as parteiras recorriam, na maioria das culturas, aos homens, podendo esses serem shamans, padres ou rabinos, barbeiros-cirurgiões ou médicos. A presença masculina no parto era vivida com intranquilidade, pois significava que algo iria muito mal. Mais tarde, os médicos foram assumindo o domínio da assistência ao parto (OSAVA, 1997).

Com o passar do tempo, os médicos foram ganhando mais controle na assistência ao parto. Este fenômeno, o parto, passou a ser considerado como um ato cirúrgico, onde a mulher se torna doente (chamada de paciente) e é impedida de se posicionar da maneira que mais lhe agrada. Os papéis se alteram, o médico passa a ser o centro da cena e a mulher deixa de arbitrar em seu direito básico de escolha e participação no nascimento de seu filho. Neste contexto, é iniciada a era do parto médico (MACHADO, 1995).

Em 1880, os médicos passam a serem melhores vistos pela sociedade em geral e as mulheres começam a pensar de uma maneira diferente. Elas passam a procurar a maternidade para os casos mais complicados e com o tempo acham estas mais seguras do que terem seus filhos em casa. O Hospital passa a ser visto com outros olhos, favorecendo serviços de atenção para a mulher e para o bebê, com segurança e internação até a recuperação da mulher. A institucionalização da atenção ao parto passa de um evento familiar e fisiológico para um procedimento médico (SANTOS 2002).

Neste momento, o parto passa a ser um evento médico. Perde-se a sua essência de momento íntimo e feminino e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais. Desta forma entra em ação a formação de mulheres como cunho profissional e pessoal para auxiliar na hora do parto. Todas as decisões eram tomadas pelo médico, as parteiras tinham apenas uma formação prática. A formação oferecida às parteiras era basicamente prática. Eram sempre supervisionadas e subordinadas ao médico, seguindo assim a “nova” tecnologia de assistência ao parto (BRASIL, 2001; OSAVA, 1997).

Se anteriormente os cuidados no parto e posteriormente a ele eram dados pela a família onde se tinham fortes vínculos afetivos, hoje, estes mesmos fenômenos avançam em instituições hospitalares onde os vínculos são poucos construídos e valorizados (MONTICELLI, 1994).

Todo o cuidado oferecido à mulher durante todo o período de assistência ao parto passou por muitas alterações, causadas pela medicalização e institucionalização do parto e de seus avanços tecnológicos. Esses avanços contribuíram para a queda da mortalidade materna e infantil, e também para que a parturiente seja a paciente, sendo desrespeitada como cidadã plena de direitos (BRUGGEMANN, 2001).

1.2- Humanização do parto e o seu contexto principal

O termo *humanizar* é empregado há muito tempo na assistência ao parto com múltiplos sentidos. É fundamental esclarecer o que vem a ser o termo *Humanização do parto*: é um conceito bastante variado, porém, existe um movimento que o defende “como um processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas” (Rattner, 1998; Largura, 2000). Desta forma, “*humanizar o parto* é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas” (LARGURA, 2000).

A humanização do parto engloba a autonomia da mulher durante todo o processo e possui alguns elementos em destaque: ter um acompanhante ao seu lado de sua escolha; ser informada sobre todos os procedimentos que serão realizados; e ter seus direitos de cidadania respeitados. É fundamental que essa mulher tenha protagonismo nesse momento que é considerado único e dela (JONES, 2004).

Segundo Dias, a assistência ao parto e nascimento no Brasil apresenta aspectos bastante próprios. O modelo tecnocrático vigente no Brasil é responsável por resultados maternos e perinatais piores que os encontrados em outros países com igual ou mesmo menores índices de desenvolvimento socioeconômico (DIAS, 2011).

“As taxas de mortalidade materna ainda são desproporcionalmente elevadas, considerando-se que nas últimas décadas houve melhoria de inúmeros outros indicadores de saúde das mulheres. Da mesma forma a mortalidade neonatal precoce, que reflete em grande parte a qualidade de assistência obstétrica é o componente da mortalidade infantil que vem apresentando a menor queda nos últimos anos.” (DIAS, 2011)

A escolha dos profissionais quanto das parturientes pelo o uso de tecnologias de intervenção vem ocultando uma medicalização indiscriminada do parto, no qual o desejo das mulheres tem contado muito pouco, principalmente nos setores mais pobres da população, com menor acesso à informação. Segundo Wolff e Moura (2004) “a mulher parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto”. Totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem questionar ou opinar. Uma gestante bem informada estará mais

empoderada, podendo assim fazer questionamentos, opinar nos desdobramentos do pré-natal e do parto e exigir seus direitos. Assim, está mais preparada psicologicamente para o parto, sentindo-se mais segura e confiante (Rattner; 2005).

Não se podem negar as contribuições dos avanços da tecnologia na assistência ao parto e nascimento que fizeram com que os riscos maternos fetais diminuíssem, tornando o parto mais seguro (MARQUE FC et al; 2006). Dentre esses avanços, a cesariana passou a ser o procedimento mais utilizado em algumas situações, principalmente quando há riscos para a mãe ou para o bebê, proporcionando segurança à vida do binômio (BUCHABQUI et al; 2003). Porém, observa-se que esse procedimento passou a ser usado de maneira excessiva (ultrapassando a taxa de 80% no serviço privado) sem justificativas obstétricas, gerando medicalização excessiva de um processo natural e fisiológico como é o parto.

Estar grávida não é uma patologia. Não é preciso que o momento do parto seja antecipado para prevenir riscos obstétricos (fato que ocorre muitas vezes na assistência). É fundamental que alguns aspectos da mulher sejam respeitados (emocionais e sociais) na atenção ao parto (MARQUE et al; 2006). Neste sentido, o Ministério da Saúde (2001) estabelece que a assistência ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, permitindo e estimulando o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto.

“A humanização da assistência ao parto implica principalmente que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, promova a saúde e ofereça o suporte emocional necessário à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.” (DIAS, 2005).

Ter um filho de forma natural é uma das experiências mais intensas da vida de uma mulher. A boa vivência desse momento, a qualidade da atenção prestada durante a gravidez, parto e puerpério podem ter contribuições marcantes para a vida do binômio. Uma assistência humanizada se fundamenta no respeito, na dignidade e autonomia das mulheres e das crianças (BRASIL, 2013).

O bem-estar físico e emocional da mulher no trabalho de parto é essencial.

Estes aspectos facilitam a diminuição de riscos e complicações. Portanto, respeitar todos os direitos (privacidade, conforto, segurança, assistência humanizada e de qualidade) da mulher é fundamental para a construção de um nascimento único e especial (TEIXEIRA, 2009).

1.3- Direitos das gestantes e puérperas

O parto é um momento muito especial para a vida da mãe, do bebê e de toda a família. Quando os direitos do parto são respeitados, todos possuem uma experiência prazerosa (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015).

Segundo Brasil (2015), gestantes e puérperas devem exigir seus direitos. Para que isso ocorra, é necessário que os profissionais envolvidos ao atendimento tenham passado todas as informações necessárias para a gestante durante o pré-natal.

Os direitos citados abaixo foram retirados da *Cartilha de Humanização do Parto: Nasce o respeito*, do Ministério Público de Pernambuco, ano de 2015. Essas gestantes possuem seus direitos garantidos durante o pré-natal, parto e puerpério, a saber:

Direitos antes do parto:

- Ter acesso ao teste de gravidez, com garantia de confidencialidade, na unidade de saúde.
- Realizar a primeira consulta pré-natal com até 120 dias de gestação (4 meses).
- Receber avaliação inicial imediata da saúde da mãe e do bebê, para verificar se precisam de atendimento prioritário.
- Ter acesso a, no mínimo, seis consultas de pré-natal, de preferência: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
- Ter ambiente confortável para a espera e atendimento com orientação clara sobre sua condição e procedimentos que serão realizados.

Realizar todos os exames: ABO-Rh que serve para identificar tipo sanguíneo. Na primeira consulta Dosagem de Hemoglobina (Hb) e Hematócrito (HT) que faz a verificação da presença ou não de anemia. Glicemia de jejum, se der igual ou maior

que 85 e/ou tiver alguém com diabetes na família, deve fazer o Teste de Tolerância à Glicose (TTG), para verificar diabetes gestacional. Repetir na 30ª semana VDRL. Fazer o teste de Urina - tipo 1 que investiga infecções. E também o teste anti-HIV, para evitar a transmissão do vírus na hora do parto. Fazer consulta de sorologia para hepatite B (HBsAg). Sorologia para toxoplasmose (IgM). Exames de imagem (ultrassonografia), só são previstos como obrigatórios em caso de gestação de alto risco.

Direitos no parto:

Toda gestante tem direito de conhecer e se vincular a uma maternidade para receber assistência no âmbito do SUS (Lei nº 11.634/2007).

Mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços e tampouco “peregrinar” em busca de assistência. Se a unidade de saúde não for adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que sejam garantidos o transporte seguro e a transferência para outra unidade adequada.

Toda transferência deve ser feita após a garantia de um leito, com atendimento prévio e sob os cuidados de um profissional de saúde.

- Vacina antitetânica (dT), contra hepatite B (se não vacinada) e contra gripe (durante as campanhas).
- Avaliação do estado nutricional da gestante e tratamento dos distúrbios nutricionais.
- Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama.
- Avaliação e acompanhamento odontológico.
- Tratamento de possíveis problemas da gestação.
- Classificação de risco gestacional – deve ser realizada na primeira consulta e nas seguintes, para diagnosticar precocemente a gestante de risco e proporcionar o encaminhamento adequado. Além disso, os seguintes procedimentos devem ser realizados:
 - Privacidade para a mãe e seu acompanhante.
 - Possibilidade de se movimentar, caminhar, se sentar, o que facilita o parto.
 - Possibilidade de se alimentar com líquidos ou alimentos leves.
 - Acesso a métodos para alívio da dor durante a evolução do parto, desde massagens até a analgesia.

- Realização da ausculta fetal (ouvir os batimentos cardíacos do bebê) e o controle dos sinais vitais da mãe, além dos outros procedimentos necessários.
- Escolha da melhor posição para o parto.
- Contato imediato do bebê com a pele da sua mãe logo após o nascimento (se ela desejar), colocando-o sobre a sua barriga ou seios, de bruços e coberto de forma seca e aquecida. O contato pele a pele deve ser garantido tanto no parto normal quanto na cesárea, na primeira hora de vida e antes de qualquer procedimento de rotina. O contato pele a pele verdadeiro acontece quando a criança fica no colo da mãe pela primeira hora de vida, algumas vezes até já se iniciando a amamentação nesse momento.
- Corte do cordão umbilical apenas quando pararem as pulsações (de 1 a 3 minutos após o nascimento).
- Estímulo da amamentação na primeira hora de vida.
- Realização dos procedimentos de rotina no recém-nascido apenas após a primeira hora de vida (pesar, medir, vacinar etc).
- Se a mãe for HIV positivo, as regras do cordão umbilical e da amamentação não valem, para evitar a transmissão do vírus para o bebê.

Direitos após o parto:

- Alojamento conjunto da mãe com o bebê e seu acompanhante desde o nascimento, não devendo haver “período de observação” no berçário sem uma indicação clínica concreta.
 - Controle da luz, da temperatura e de ruídos no ambiente.
 - Início da amamentação ainda na primeira hora de vida, sendo mantida como única alimentação até o sexto mês do bebê. Depois disso, o bebê deve continuar tomando leite materno, junto a outros alimentos, até os dois anos de idade ou mais.
- °Em todos os momentos (antes, durante e após o parto), a mulher tem o direito da presença de um acompanhante (LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005).

2. Justificativa

A busca pela melhoria da qualidade na assistência ao pré-natal e parto no Brasil é um desafio para os profissionais de saúde, tendo em vista os elevados índices atuais de mortalidade materna e infantil encontrados.

Muitos avanços foram verificados nos últimos anos, mas estudos nacionais ainda apontam falhas na assistência pré-natal, tais como: dificuldade no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados (DOMINGUES et al;2012).

Discussões sobre a temática possuem grande relevância por envolverem questões técnicas e políticas que demandam um constante aprimoramento das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais envolvidos.

É de extrema importância que os avanços na assistência ao pré-natal e nascimento sejam destacados, para ampla reflexão crítica sobre estes avanços nos últimos anos e para a abertura de possibilidades sobre o que ainda é necessário avançar. Desta forma, espera-se contribuir positivamente para os índices atuais de mortalidade materno-infantil e para a manutenção da qualidade da assistência.

Portanto, o tema é atual e de fundamental importância em um país em que as desigualdades na assistência à saúde são tão marcadas. As questões políticas que envolvem a assistência ao parto e nascimento no Brasil estão em franca movimentação, precisando assim ser constantemente discutidas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Identificar os avanços na assistência pré-natal e nascimento na perspectiva da humanização do parto a partir da política Rede Cegonha.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o contexto sócio histórico do nascimento no Brasil;
- Caracterizar a humanização do parto e os principais direitos das gestantes e puérperas.
- Descrever a estratégia Rede Cegonha;
- Investigar os avanços relacionados à assistência pré-natal e nascimento.

4 Metodologia

O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão bibliográfica não sistemática.

Foram realizadas pesquisas bibliográficas de artigos sobre o tema em algumas bases de dados e na biblioteca virtual, a saber: Scielo, Lilacs e BVS.

Também foram utilizadas outras fontes relevantes para pesquisa: sites confiáveis (DATASUS e Ministério da Saúde) e autores de referência na temática.

5 Referencial teórico

Capítulo 1- Contexto sócio histórico do nascimento no Brasil

Muitas foram às iniciativas ao longo dos anos na construção de uma assistência de saúde materno-infantil com qualidade; com o objetivo de diminuir a mortalidade e proteger esses grupos da população.

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida mulher. Até o início dos anos 60, a preocupação com a saúde materna se restringiu a assistência ao parto. Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil. (BRASIL, 2001).

Em 1990 foi criada a Lei n. 8069, que aborda sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O texto trata do Direito à Vida e à Saúde e sinaliza que: a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (Lei nº 13.105, de 2015).

Em 1993, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de atender a mulher de forma integral, respeitando suas necessidades e particularidades. As áreas de atuação desse programa estão divididas em grupos baseados nas diferentes etapas da vida das mulheres: assistência gravídico-puerperal; assistência ao aborto; assistência à concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de mama e colo uterino;

assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST/aids; amparo à mulher vítima de violência (Ministério da Saúde, 1993).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, elaborou um conjunto de recomendações com o objetivo de esclarecer, à luz dos conhecimentos atuais, as “boas práticas” na assistência ao parto normal, no sentido de torná-lo o mais fisiológico possível. Essas recomendações foram classificadas em quatro categorias divulgadas no documento denominado *Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*.

Em 1998, o Ministério da Saúde inicia a implementação de uma série de iniciativas e incentivos, voltados às questões da humanização, objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, valorizar o parto normal, reduzir as taxas de cesáreas desnecessárias, e fortalecer a relação da mãe com seu bebê (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi criado em 2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto (Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000).

Em 2004, foi feito o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, evidenciando a necessidade de um profissional com perfil modificado, que oferece à clientela um espaço para o diálogo. Essa dinâmica deve colher as reais necessidades, expectativas e dúvidas para que a assistência seja planejada e implementada de acordo com a realidade das usuárias no serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 2009 a 2011 foi lançada o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM). O Plano serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (MARTINS, 2014).

1.1- As diferentes abordagens de parto: Tecnocrata, Holístico e Humanizado

Modelo Tecnocrático

O modelo Tecnocrata surgiu a partir da comparação feita entre o corpo dos animais a um relógio composto de rodas e molas. A fabricação de relógios alcançou na época um alto grau de sofisticação se tornando um modelo privilegiado para outras máquinas automáticas. Descartes estendeu esta comparação ao corpo humano: “Considero o corpo humano uma máquina. (...) Meu pensamento (...) compara um homem doente e um relógio mal fabricado com a ideia de um homem saudável e um relógio bem feito” (CAPRA, 1982).

Esse modo de pensar tornou-se o paradigma dominante na ciência até os dias atuais. Ela passou a guiar a observação e produção científica, até que a física do século XX passou a indagar seus pressupostos mecanicistas básicos (SANTOS, 2002).

“A natureza, a sociedade e o organismo humano rapidamente começaram a ser vistos como partes “atomizadas e intercambiáveis” que podem ser reparadas ou trocadas a partir do exterior” (DAVIS-FLOYD, ROBIE, 1992). O que mais vem chamando a atenção de biólogos, médicos e psicólogos nos últimos trezentos anos é a descrição dos mecanismos que formam os organismos vivos. Essa abordagem resultou em um sério problema: os cientistas entusiasmados pelo bom resultado obtido com o tratamento mecanicista dos organismos vivos passaram a acreditar que estes nada mais são que máquinas. “Os resultados adversos dessa falácia tornaram-se especialmente claro na medicina, onde a adoção ao modelo cartesiano do corpo humano como um mecanismo de relógio impediu os médicos de entender muitas das mais importantes enfermidades da atualidade” (CAPRA, 1982).

Segundo Santos (2002), no final do século XVII, o modelo mecanicista tornou-se o fator referente desta sociedade; a responsabilidade sobre o corpo humano começa a pertencer à profissão médica, deixando de pertencer à igreja. Esta ciência em desenvolvimento tomou então o modelo mecanicista, cartesiano, como sua base filosófica e encarou o desafio de equiparar o corpo à máquina — transformação que foi fundamental no desenvolvimento da sociedade ocidental. Esta filosofia vê o mundo, não de forma sensitiva, mas mecanicista, não de forma participativa, mas inerte. Como o corpo humano passou a ser visto como partes intercambiáveis que se ajustariam em um todo esse corpo poderia ser reparado ou ter suas partes substituídas de fora para dentro.

O modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento resulta desta visão mecanicista da realidade, que foi concebido a partir da Revolução Científica na

Europa.

O paradigma tecnocrático em medicina se baseia no conceito de separação (separação mente-corpo e o corpo como máquina). De acordo com este princípio, a matéria pode ser mais bem entendida se extraída de seu contexto, separada dos objetos e das relações que a circulam. Desta forma a medicina divide os sujeitos em partes e separa a experiência do nascimento do fluxo maior da vida (NOGUEIRA, 2000).

No modelo tecnocrata, a autoridade e a responsabilidade são do profissional, não da paciente. Enchendo de autoridade os médicos, suas instituições e funcionários (NOGUEIRA, 2000).

A tecnologia é a principal característica deste modelo, se tornando apropriado para a sociedade tecnocrática com os seus valores de eficiência e racionalidade, organização prática, sistematização e controle (ROTHMAN, BARBARA KATZ, 1982).

Modelo Holístico

Vários métodos que tem por objetivo trabalhar a energia do indivíduo, como também a medicina chinesa; são as diferentes abordagens e técnicas que o modelo holístico oferece. A medicina holística vê o ser humano como um todo indivisível (corpo, mente e espírito). Ela faz o uso de terapias convencionais e tradicionais para a prevenção e tratamento de doenças e, para a promoção da saúde (AHMA, 2001).

Segundo a Associação Americana de Medicina Holística (AHMA), fundada em 1978, a medicina holística envolve todas as modalidades de diagnóstico e tratamento seguros e apropriados. Incluindo nestas modalidades a análise de elementos físicos, nutricionais, ecológicos, emocionais, espirituais e estilo de vida. O ponto principal está sobre a educação do cliente e sua participação em todo o processo de cura (AHMA, 2001).

O próprio usuário é responsável pelo seu bem-estar para os profissionais nesse modelo; mantendo uma aliança com este, usando terapias em que ambos se sentem satisfeitos; avaliando e recomendando opções de tratamentos que trazem a cura para a doença (AHMA, 2001).

O modelo holístico enxerga a gravidez e o parto como eventos naturais e fisiológicos (AHMA, 2001).

O modelo holístico inclui:

- Monitoramento do bem-estar físico, emocional e social da mulher durante todo

o ciclo grávido-puerperal;

- Educação, aconselhamento, cuidado pré-natal, assistência contínua durante o parto e nascimento e apoio pós-parto;
- Minimização de intervenções de alta tecnologia;
- Identificam e referem as mulheres que necessitem de atenção especializada.

A partir do ponto de vista das mulheres que adotam o estilo de pensamento holístico de nascimento, a família é considerada uma unidade social significativa. Ao contrário de reforçar o triunfo da tecnologia e da ciência, nesse modelo o fenômeno do nascimento deve reforçar e reafirmar a unidade da família. Segundo Gaskin (1989), “o retorno do controle do processo de parto para as mulheres é importante para a sociedade como um todo, não somente para a mulher ou o bebê diretamente envolvidos”.

Enquanto no modelo tecnocrático mente e corpo são separados, no modelo holístico eles são agrupados. Portanto, “Olha sempre a figura inteira do ser humano na natureza, ao contrário de qualquer tentativa de definir agentes cada vez menores (tais como hormônios dentro do corpo)” (WOLFE, 1992).

Este modelo segue o princípio de que é impossível tratar sintomas físicos sem levar em consideração os aspectos emocionais, seguindo a aplicação do princípio mente-corpo.

O modelo holístico progride ao insistir na importante participação do espírito no ser humano – corpo-mente-espírito. Os holísticos ao incluírem a alma no processo de cura, reintroduzem a medicina no mundo espiritual e metafísico (GASKIN, INA MAY, 1990).

Enxergar o corpo enquanto um campo energético em contínua interação com outros campos energéticos conduz à aceitação de múltiplas modalidades terapêuticas (que mesmo que inaceitáveis pelo paradigma tecnocrático) favorece uma verdadeira revolução na atenção à saúde. Nos lugares em que houve uma melhor aceitação deste exemplo a hegemonia do modelo tecnocrático foi abalada. Midwifery, homeopatia, naturopatia, acupuntura, dentre outras técnicas, ganham uma maior visibilidade e são entendidas como disciplinas que contribuem para a cura de doenças (DAVIS- FLOYD, ROBBIE, 2001).

Modelo Humanizado

A prática de humanização vem como uma forma de reação aos excessos da

tecnocracia. Com um objetivo específico de transformar as instituições por dentro. Esse modelo de assistência deseja humanizar a tecnomedicina, ou seja, torna-la mais relacional, mais recíproca, individualizada, receptiva e empática (NOGUEIRA, 2000).

A visão humanizada reconhece a interconexão entre mente e corpo, entidades distintas, mas interligadas. Todas as emoções de uma mulher grávida influenciam no seu trabalho de parto, podendo gerar alguns problemas que podem vir a influenciar de forma negativa o seu trabalho de parto, sendo importante ter um suporte emocional para cuidar dessas questões. Em relevo, é fundamental a escuta para os componentes psicológicos: "... impossível tratar de sintomas físicos sem levar em consideração os componentes psicológicos que estão por trás do físico" (CAMPOS, 2013).

No modelo humanizado é importante que os procedimentos, exames e drogas, sejam utilizados com embasamento científico, diminuindo riscos desnecessários para as mulheres e seus filhos (BOARETTO, 2003). A alta intervenção à saúde é sempre muito questionada neste modelo (WEI, 2007).

No parto humanizado há um incentivo para o parto natural, já que este traz diversas contribuições positivas para o binômio, tais como: estímulo ao aleitamento materno precoce; e também colabora para o aumento do vínculo mãe-bebê (FALEIROS, 2006).

No modelo atual, a humanização do parto implica na mudança da atitude, filosofia de vida e percepção de si e do outro como ser humano. A sensibilidade, a informação, a comunicação, a decisão e a responsabilidade devem ser compartilhadas entre mãe-mulher, família e profissionais de saúde. O parto humanizado consiste em um conjunto de condutas e procedimentos que têm por finalidade a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção contra morbimortalidade materna e perinatal (TEIXEIRA, 2009).

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor usados durante o trabalho de parto são tecnologias que envolvem conhecimentos estruturados para a prática da enfermagem em centros obstétricos. O estímulo para a utilização desses métodos veio com o movimento de humanização, sendo implementado em algumas maternidades. Tais métodos são: bola obstétrica, banho terapêutico, massagem, aromaterapia, audioanalgesia, mudanças de posição, técnicas de respiração, entre outros (GAYESKI et al, 2010).

A proposta de humanização do parto sofre influências diretas de modelos institucionais, e da aderência desta proposta por gestores e profissionais, sendo necessária uma capacitação. Desta forma a implantação efetiva da humanização do parto estará sempre mais dependente da relação entre a mulher e o profissional de saúde (TEIXEIRA, 2009).

A proposta de humanização da assistência ao parto se choca com duas grandes demandas das mulheres e da sociedade. A primeira, de um serviço que devolva qualidade às mulheres, o direito de parir em condições que assegurem sua segurança e a de seu bebê. A segunda que ofereça à mulher a possibilidade de atuar como protagonista, fazendo com que o parto deixe de ser um evento meramente biológico, e sim uma experiência humana, que deve ser experimentada de acordo com suas expectativas, que podem estar demonstradas em um plano de parto previamente elaborado (DIAS, 2005).

O presente trabalho aborda este tipo de modelo de assistência ao parto e nascimento, baseado na humanização- uma nova forma de atender todas as gestantes, propiciando informações, empoderamento, participação na construção de seu parto, garantia de seus direitos, e atendimento de qualidade e resolutividade. Todas essas ações são traduzidas na implantação da estratégia Rede Cegonha (2011), que contribui para a melhoria da assistência ao parto e nascimento.

Capítulo 2- Rede cegonha: principais avanços

A Taxa de Mortalidade Materna no Brasil em 1990 atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Após mais de uma década, esse indicador apresentou uma redução da taxa de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Mesmo com essa redução visível, o número de mortes maternas permanece elevado (BRASIL, 2011). O Objetivo do Milênio é diminuir essa taxa de mortalidade materna para 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2015 (BRASIL, 2005), sendo fundamental um maior esforço para atingir esse número.

Em relação à Mortalidade infantil, em 1990 foram registrados 57,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos; em 2008 esse número caiu para 19 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Conseguindo atingir o objetivo do milênio de diminuir esse número em dois terços (BRASIL, 2010). Mesmo com esse cenário de queda referente à Mortalidade infantil, a mortalidade neonatal é a que menos diminui nos últimos anos, precisando assim de uma maior atenção (DIAS, 2011).

Frente a todo esse cenário na saúde materno-infantil, muitas iniciativas vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos para trazer melhorias na assistência. Em 2000 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que tem como objetivo principal reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2000). Em 2004 é criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher (PNAISM) onde promove a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, garantindo seus direitos legais e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro (BRASIL, 2004). Também em 2004 foi lançado o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Muitas outras iniciativas foram lançadas ao longo do tempo com o objetivo de contribuir positivamente na saúde materno-infantil.

A Rede Cegonha é uma estratégia do Governo Federal, lançada em 2011, normatizada pela portaria nº1.459, com o objetivo principal de melhorar a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, do puerpério e da assistência à crianças até os seus 24 meses de vida (BRASIL,2011). É considerada uma estratégia e não um programa pelo fato de a Rede Cegonha ser um recorte materno-infantil da política de saúde da mulher e da criança (CAVALCANTE et al, 2013).

A Rede Cegonha estrutura e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de oitenta (Ministério da saúde, 2013). Nesse modelo, é fundamental a garantia do acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e de seus familiares como “atores principais”, e não como coadjuvantes (DINIZ, 2005). A ideia de uma assistência humanizada durante todo o processo de gestação, parto e puerpério, também é foco dessa estratégia (BRASIL, 2011).

Essa estratégia tem como objetivos principais: a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; PORTARIA Nº 1.459, 2011).

O objetivo da Rede de atenção em saúde, componente construtor da Rede

Cegonha, tem como objetivo principal a promoção e integração das ações e serviços de saúde, possibilitando uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção (Brasil, 2011). A Rede Cegonha procura operacionalizar as políticas já criadas, mas agora com um diferencial em relação às anteriores, que é a articulação dos pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. Para isso ela propõe construções e reformas em diversos serviços de atenção à saúde, desde a atenção básica, centros de parto normal e maternidades, garantindo atendimento hospitalar de maior complexidade se necessários, incluindo neste percurso os sistemas de apoio e logística também necessários ao cuidado integral. A política tem, portanto, como bases organizacionais, a regionalização e a integralidade, conforme os princípios do SUS (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha é composta por quatro componentes: I - Pré-natal; II - Parto e nascimento; III - Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais (Coimbra et al 2003). Toda gestante deve ser vinculada, desde o pré-natal, ao local onde será realizado o parto (BRASIL, 2007). Esta ação é essencial para que ele se sinta confiante e segura no momento do nascimento de seu filho, também é importante para evitar a peregrinação à procura de uma vaga. O serviço pré-natal deve sempre que possível, favorecer a visita da gestante à maternidade de referência, para que ela crie vínculo de confiança no serviço (Ministério da Saúde, 2013).

A Rede Cegonha prioriza ações para a mudança do modelo de assistência ao parto e nascimento, desenvolvendo uma vivência íntima e pessoal à cada mulher na hora do parto, dentro de uma ambiência adequada para a evolução do nascimento do bebê, com a presença de um acompanhante escolhido pela mulher (BRASIL, 2005). Algumas ações são fundamentais nesse momento segundo o Ministério da Saúde (2013), como:

“incorporação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas; realização de acolhimento com classificação de risco; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado; estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão; adequação da ambiência dos serviços; boas práticas de atenção ao recém-nascido; implantação dos Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera e o planejamento e programação de ações no âmbito da saúde materna e infantil.” (Ministério

da saúde, 2013)

O Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança são de extrema importância, uma vez que é necessário compreender a importância da consulta pós-natal para a mulher, quando a mesma retorna com a atenção relacionada ao recém-nascido. Este momento é fundamental para o serviço oferecer a mulher informações e métodos contraceptivos de forma a possibilitar um planejamento reprodutivo. É um momento onde se pode detectar problemas em relação ao vínculo com a criança, à amamentação e identificar possíveis situações de depressão pós-parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Sistema Logístico, quarto e último componente da rede Cegonha (2011), têm como responsabilidade, segundo o Ministério da Saúde, garantir o transporte adequado para cada situação, de acordo com a gravidade de cada caso; a Central de Regulação de Urgências regula tanto as urgências obstétricas como as neonatais. O transporte intermaternidades deve ser feito por transporte sanitário e, quando necessário, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O artigo 2º da portaria nº1. 459 de 2011 descreve que a Rede Cegonha tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Atos Normativos da Rede Cegonha:

Portarias relacionadas com a implantação da Rede Cegonha		
Nº da Portaria	Mês/Ano	O que institui
1.459	24 de junho de 2011	Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.
2.351	5 de outubro de 2011	Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS.
650	5 de outubro de 2011	Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha desenvolveu dois tipos de ambiência para o momento do nascimento e puerpério: o Centro de Parto Normal (CPN) e a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). O CPN é uma unidade desenvolvida para o atendimento humanizado e de qualidade exclusiva ao parto normal; nela a assistência ao parto de

risco habitual é conduzida por uma enfermeira obstétrica ou obstetrix. A ambiência é projetada para oferecer bem-estar e tranquilidade para as gestantes. É importante dizer que o CPN não realiza parto de alto risco (Ministério da Saúde, 2013).

O CGBP é o espaço de cuidado intermediário vinculado às maternidades de alto risco. Ela acolhe gestantes e bebês em situação de vulnerabilidade, com necessidade de observação. Este ambiente evita internações no hospital e contribui para a otimização dos leitos.

Existem duas maneiras de adesão à Rede Cegonha: a adesão Regional- que é voltada para o conjunto de municípios das regiões de Saúde priorizadas pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, a partir de critérios epidemiológicos e populacionais. E a adesão Municipal Facilitada- onde é possível programar os componentes do pré-natal e puerpério e atenção integral à saúde da criança. Esta modalidade é voltada para os municípios que ainda não foram priorizados para aderir regionalmente (PORTARIA nº 1.459, 2011).

Essa estratégia incentiva o parto natural, o atendimento humanizado de qualidade, o empoderamento da mulher, estímulo ao aleitamento materno, entre outras ações que vão influenciar a melhoria da assistência ao parto e nascimento.

Alguns avanços observados na estratégia Rede Cegonha (CAVALCANTE et al,2013):

- Redes de atenção à saúde materno-infantil;
- Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- Práticas da atenção baseadas em evidências científicas;
- Qualificação do sistema e da gestão de informação;
- Programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva- planejamento familiar;
- Ambiência das maternidades;
- Garantia do acompanhante durante todo o processo de nascimento;
- Promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável;
- Busca ativa de crianças vulneráveis;
- Sistema logístico: transporte sanitário;
- Regulação das vagas (leitos obstétricos, neonatais), das urgências e regulação ambulatorial (exames e consultas).

Capítulo 3- Aspectos epidemiológicos:

Principais dados no cenário do Brasil:

Levando em consideração todo o cenário de parto e nascimento no Brasil, o presente trabalho optou por selecionar alguns dados epidemiológicos para ilustrar a assistência ao parto e nascimento no Brasil. Esses dados foram selecionados da Pesquisa Nascer no Brasil (2011-2012), que é um inquérito nacional sobre o parto e o nascimento; é um estudo multicêntrico de base hospitalar com abrangência nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ) e com participação de renomadas instituições públicas de ensino e pesquisa (FIOCRUZ).

Com esse estudo, foram investigados a atenção ao pré-natal, o parto, o nascimento e puerpério no Brasil, além de estimar a prevalência da prematuridade e a incidência de complicações clínicas imediatas ao parto e após o parto para as mães e recém-nascidos. Também se descreveu a prevalência de morbidade materna grave (*near miss materno*) e desenvolveu-se o conceito de morbidade neonatal grave (*near miss neonatal*).

A pesquisa acompanhou 23.984 mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde públicos, conveniados ao SUS ou privados, que realizaram mais de 500 partos por ano, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.

Aspectos epidemiológicos: alguns aspectos importantes sobre a assistência ao parto e nascimento

Segundo, a Pesquisa Nascer Brasil (2011-2012), que teve como objetivo conhecer como anda a atenção ao pré-natal, o parto, nascimento e puerpério no Brasil, além de estimar a prevalência da prematuridade e a incidência de complicações clínicas imediatas ao parto, e após o parto para as mães e recém-nascidos.

Alguns dados dessa pesquisa sinalizam que somente 26,7% das parturientes tiveram acesso aos procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. Outro dado importante na presente tabela é de que 51,9% das parturientes tiveram cesarianas, e apenas 5,0% parto natural. Com base na estratégia da Rede Cegonha (2011), estes dados chamam a atenção para o diálogo ampliado sobre a assistência ao parto e nascimento e como as relações são construídas com as gestantes nos serviços de Saúde atualmente.

Tabela 1

Incidência de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto. Brasil, 2011.

	Risco obstétrico habitual (%)	Não risco obstétrico habitual (%)	Todas as mulheres (%)	Valor de p *
Para mulheres que entraram em trabalho de parto				
Boas práticas durante o trabalho de parto				
Alimentação	25,6	24,5	25,2	0,408
Movimentação	46,3	41,1	44,3	< 0,001
Procedimentos não farmacológicos para alívio da dor	28,0	24,7	26,7	0,012
Uso de partograma	44,2	36,9	41,4	< 0,001
Intervenções durante o trabalho de parto				
Cateter venoso periférico	73,8	76,7	74,9	0,043
Ocitocina	38,2	33,3	36,4	0,001
Analgesia epidural	31,5	37,8	33,9	< 0,001
Amniotomia **	40,7	36,4	39,1	< 0,001
Para mulheres com parto vaginal				
Intervenções durante o parto				
Litotomia	91,7	91,8	91,7	0,946
Manobra de Kristeler	37,3	33,9	36,1	0,017
Episiotomia	56,1	48,6	53,5	< 0,001
Para todas as mulheres				
Cesariana	45,5	60,3	51,9	< 0,001
Parto natural ***	5,6	4,2	5,0	0,845

* Valor de p de teste qui-quadrado na comparação entre risco obstétrico habitual e não risco obstétrico habitual;

** Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização;

*** Parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto.

Fonte: LEAL et al, 2014

Os dados da TABELA 1 sobre a frequência de acompanhantes durante a internação para o parto apontam que 75,5% das mulheres tiveram acompanhantes durante a internação; 56,7% responderam que tiveram a presença do acompanhante de forma parcial (em alguns momentos); 35,4% responderam que o acompanhante foi o parceiro/ pai da criança; 92,8 % teve um acompanhante de sua escolha e 84,5% disse que ter um acompanhante ajudou muito a ter um parto melhor/ mais calmo.

Ter a presença de um acompanhante de livre escolha da parturiente é uma prática vinda do movimento pela humanização do nascimento, fato este que contribui positivamente, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pais e crianças, uma vez que esta mulher ficará mais calma e segura (PALINSKI JR. et al, 2012).

Tabela 1

Distribuição de frequência de acompanhantes durante a internação para o parto. Brasil, 2011-2012.

	n (N = 23.879) *	%
Você teve um acompanhante durante a internação para o parto?		
Não, em nenhum momento (ausência total)	5.848	24,5
Sim, em alguns momentos (ausência parcial)	13.547	56,7
Sim, em todos os momentos (presença contínua)	4.470	18,8
Você teve um acompanhante durante a internação para o parto?		
Sim	18.148	75,5
Quem foi o acompanhante? (N = 18.030) **		
Parceiro/pai da criança	8.453	35,4
Amiga(o)	1.051	4,4
Mãe	6.280	26,3
Irmã(o)	2.197	9,2
Doula	24	0,1
Outra pessoa	4.561	19,1
O acompanhante foi a pessoa de sua escolha? **		
Sim	16.841	92,8
Momentos do acompanhamento		
Antes/durante a admissão	16.739	70,1
Durante o trabalho de parto ***	10.053	42,1
Durante o parto mesmo (hora do nascimento)	7.808	32,7
Pós-parto imediato (no centro cirúrgico)	8.811	36,9
No pós-parto no quarto/alojamento conjunto	14.638	61,3
Como foi sua experiência de ter um acompanhante no parto? #		
Ajudou muito a ter um parto melhor/mais calmo	14.231	84,5
Ajudou um pouco a ter um parto melhor/mais calmo	1.128	6,7
Indiferente/nem ajudou nem atrapalhou	960	5,7
Não ajudou, a pessoa fica mais nervosa	455	2,7

* Todos os valores foram corrigidos pelo peso amostral;

**Apenas para mulheres que tiveram acompanhantes;

*** Apenas para mulheres que entraram em trabalho de parto;

Apenas para as que tiveram acompanhantes no parto.

Fonte: DINIZ et al, 2014

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil, os principais resultados foram:

Em relação ao pré-natal: 99% de cobertura da assistência pré-natal; 61% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 12ª semana gestacional; 73% compareceram a seis ou mais consultas, 75% foram atendidas no setor público. Em relação à rede de assistência ao parto, 59% foram orientadas sobre a maternidade. Estes dados estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e evidenciam avanços na assistência da saúde materno-infantil.

6. Discussão

O presente trabalho observou uma grande diferença entre os modelos de partos altamente tecnológicos e medicalizados para os modelos de partos humanizados e menos intervencionistas. Este fato é gerador de ampla discussão nos dias atuais, sobretudo, discussões pautadas, à priori, na busca pela maior qualidade e benefícios para as mulheres e crianças. É constatado que a partir de algumas políticas e mais recente, da estratégia Rede Cegonha (2011), um cenário de mudança de modelo na assistência ao parto e nascimento. Gradativamente, o engendramento de um modelo altamente tecnológico sofre mudanças, sendo que o modelo humanizado está cada vez mais valorizado e recomendado pelas pesquisas, políticas e literatura. O fato dos tecnocratas enxergarem a atenção ao parto e nascimento com uma visão mecanicista da realidade, leva a estes desconsiderarem muitos outros aspectos importantes na assistência. Já no modelo humanizado todos os aspectos são levados em consideração: a forma de enxergar a gravidez de forma fisiológica e natural possibilita um maior envolvimento entre a equipe e a mulher. Este fato trás muitas melhorias para o binômio mãe-bebê, respeitando a singularidade de cada relação e priorizando a autonomia da mulher.

Os direitos que todas as mulheres possuem durante o trabalho de parto, parto e puerpério são de extrema importância e devem ser divulgados durante o pré-natal, sendo primordial o acesso à informação para que as Políticas Públicas e Estratégias no âmbito da saúde-materno infantil estejam cada vez mais atuantes. Nesse âmbito, como exemplo, podem ser citadas algumas práticas que valorizam a escuta, o vínculo e a responsabilização, como as práticas de oficinas de saúde para que as mulheres possam ter acesso a estas informações.

Verificou-se também no presente trabalho, que as altas taxas de mortalidade materna e infantil foram a grande causa de novos investimentos e iniciativas (ECA, PAISM, PHPN, PQM, entre outras) para a melhoria da saúde dessa parcela da população. Este fato aumentou a qualidade da assistência prestada, contribuindo para uma diminuição significativa da taxa de mortalidade materna e infantil (mortalidade materna: em 1990- 140 óbitos em 2008 foi para 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos / mortalidade infantil: em 1990- 57,1 óbitos em 2008 foi para 19 óbitos por 1.000 nascidos vivos). É importante lembrar que mesmo a mortalidade materna tendo diminuído muito, este número ainda é inaceitável levando-se em conta todo o

avanço científico ocorrido nos últimos anos.

O modelo Humanização do parto e nascimento está inserido em diversas maternidades, tendo em vista seus grandes benefícios para a saúde da mulher e da criança, uma vez que este garante que a gestante se sinta mais segura e confiante na hora do parto, tornando-a como figura central e protagonista sobre de que forma quer ter seu filho. Outro avanço fundamental foi o direito garantido de ter ao seu lado um acompanhante de sua própria escolha durante todo o processo de parturição. O estímulo ao aleitamento materno e conseqüente aumento do vínculo entre mãe-bebê, configura-se como outro avanço fundamental na assistência materno-infantil, sinalizado pelas pesquisas científicas como fundamental no aumento da qualidade de vida das crianças. É importante conscientizar os profissionais desde a sua formação sobre todos os aspectos da humanização do parto. Este ponto é um fio condutor e leva em consideração os números que apontam para a baixa frequência de mulheres que tiveram acesso aos procedimentos não farmacológicos para alívio da dor (26,7% das mulheres, segundo a pesquisa Nascer no Brasil). Seria, portanto, fundamental considerar constantes treinamentos e reflexão crítica ampliada nos serviços para todas as equipes de profissionais envolvidos, para que estes saibam utilizar todos os métodos corretamente e devidamente conforme as últimas orientações do Ministério da Saúde.

De acordo com o que foi visto na pesquisa bibliográfica encontramos avanços na assistência ao parto e nascimento com a implementação da Rede Cegonha (2011), que se configura como uma importante estratégia na qualificação da assistência, sendo articulada em redes, promovendo a integralidade das ações e serviços, visando a resolutividade. Ela estrutura e institucionaliza um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento, objetivando a diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil.

De acordo com a pesquisa Nascer no Brasil (2013) podemos observar também o grande aumento da cobertura do pré-natal, que entre 2011 e 2012 foi de 99%, configurando-se um grande avanço. Em relação às consultas do pré-natal, 73% das gestantes compareceram a seis ou mais consultas. Estes dados evidenciam um avanço significativo. E por ser o pré-natal um período de extrema importância, é necessário que este seja realizado rigorosamente. Quanto melhor for a assistência no pré-natal recebida pela gestante, melhores serão os desfechos da gestação, parto e puerpério. Segundo Coimbra (2003), práticas realizadas

rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais.

Segundo os achados na bibliografia, a Rede Cegonha incentiva o parto natural, tendo como objetivo diminuir o alto número de cesarianas realizadas no Brasil, que chega 51,9 % segundo a pesquisa Nascer no Brasil nos anos de 2011 à 2012. Este índice é alarmante já que a recomendação da Organização Mundial da saúde é a frequência de 15%. Segundo a coordenadora da pesquisa Nascer no Brasil, Maria do Carmo Leal, o número excessivo de cesarianas expõem desnecessariamente as mulheres e os bebês aos riscos de efeitos adversos no parto e nascimento.

A Rede Cegonha (2011) surge, sobretudo, como uma proposta de ação para garantir a efetivação do direito da população a um bom parto e nascimento saudável. Portanto, a partir desta estratégia, os avanços na assistência ao parto e nascimento configuram-se como marcos históricos de grande relevância.

Atualmente, apesar de muitas dificuldades e dados que apontam para a necessidade de melhor qualidade na assistência, estes fatores, uma vez reconhecidos e publicizados, são resultantes de constantes pesquisas e atenção à saúde. São achados também importantes e reverberam avanços significativos já percorridos. Devem, portanto, estar em constante discussão nos diversos espaços da academia e nos serviços de saúde.

7. Considerações finais

Com o funcionamento do Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM) e posteriormente da Rede Cegonha, buscou-se – e ainda se busca – criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, tendo em vista a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos das/dos usuárias/os e a redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna.

Dentre os principais elementos desconectados aos princípios da humanização, que precisam ser vencidos para que os direitos da mulher e criança sejam assegurados estão: o despreparo de equipes de assistência ao parto, à infraestrutura pública inadequada e o progressivo aumento de cesáreas (GENTILE, 1997).

Os dados demonstram a tendência mundial do modelo médico no avanço tecnológico e científico, resultando em uma enorme fragilidade no que se refere ao cuidado no momento do parto. Esse avanço progressivo ocorre sem que haja maiores preocupações com a integralidade, valorização das crenças e modo de vida. O modelo de atenção humanizado vem para transformar essa realidade, dando para essa mulher tudo o que ela precisar para se sentir segura, como: uma assistência onde há um diálogo entre parturiente e o médico, onde ela pode expor suas opiniões e questionamentos, podendo escolher métodos para alívio da dor e ter um acompanhante de sua própria escolha. Todas essas características colaboram para que esta mulher se sinta mais segura, confortável e empoderada.

Para que as mudanças aconteçam efetivamente, são necessárias parcerias intra e extrainstitucionais em todos os níveis do sistema, entre serviços e sociedade civil, com organização efetiva do controle social.

A Rede Cegonha é uma estratégia que visa enfrentar o problema do alto número de óbitos de mulheres e de crianças por meio de atitudes que mudem esse cenário existente no Brasil. As ações dessa estratégia vão além do repasse de recursos atrelado ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos: elas buscam a melhoria da atenção destinada a sua população-alvo.

Mesmo com tantos avanços na assistência ao parto e nascimento, é necessário que o governo mantenha atenção para a saúde materno-infantil. Nesse

contexto novos trabalhos sobre essa temática são fundamentais.

8. Referências

AHMA. American Holist Medical Association. American Holist Medical Association, 2001. Disponível em: <<http://holisticmedicine.org/>>. Último acesso em: 10 mai 2015.

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. *Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática*. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.6. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2011000600003>>.

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, Jose Guilherme; MACCHETTI, Camila Elias; SOUSA, Maria Helena. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev. Saúde Pública*, 2011, vol.45, n.5, pp. 854-864. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000064>>.

BARBOSA, Jéssica L. S.; SANTOS, Joares Maia dos; SEIBERT, Sabrina Lins; VARGENS, Octavio M. C. *Medicalização x Humanização: O cuidado ao parto na História*. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>>.

BOARETTO, MC. *Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BUCHABQUI, JA; ABEICHE, A.M.; BRIETZKE, E. Assistência pré-natal. In: FREITAS, F., COSTA, S.H.M.; RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J.A. (org.). *Rotinas em obstetrícia*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2003.

BRUGGEMANN OM. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, M.F.M.; BRUGGEMANN, O.M. *A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento*. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2001. p.23-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília (DF); 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília, 2004. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre o os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada*. Manual técnico. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.473, 24 de junho de 2011. Instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

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.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez. *Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão*. Ciênc. saúde coletiva. 2013, vol.18, n.10, pp. 2797-2805. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000002>>.

CAPRA, FRITJOF. *A concepção sistêmica da vida*. O ponto de mutação. São Paulo, 1982. p. 259-98.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez 2005.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva; GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VACONCELOS, Ana Lúcia Ribeiro de; GUERRERO, André; PIRES, Vinícius. *Um modelo lógico da Rede Cegonha*. *Physis*. 2013, vol.23, n.4, pp. 1297-1316. ISSN 0103-7331. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>>.

COIMBRA LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:456-62. [Links]

COUTINHO T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. *Rev Bras GinecolObstet* 2010; 32: 563-9.

DAVIS-FLOYD, ROBBIE. *Birth as an american rite of passage*. 1s ed. Berkley. London: University of California Press, 1992. 382 p.

DAVIS-FLOYD, ROBBIE. Quadro nº 1. Dogmas do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento 1998.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Cad. Saúde Pública, 2011, vol.27, n.5, pp. 1042-1043.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005, vol.10, n.3, pp. 699-705.

DINIZ Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S140-S153, 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M., Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28:425-37.

GASKIN, Ina May. Preface to the third edition *Spiritual midwifery*. Summertown, 1989. p. 8-9.

GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. *Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática*. Texto Contexto - Enferm. 2010, vol.19, n.4, pp. 774-782. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>>.

JONES, R. *Memórias de um homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista*. Porto Alegre (RS): Ideias a Granel, 2004.

LARGURA, Marília. *Assistência ao parto no Brasil. Aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica*. 2ª ed. São Paulo: [s.n.], 2000.

LOPES, Caroline Vasconcellos et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare enferm*, 2009, vol.14, n.3, pp. 484-490.

MACHADO, Emerson de Godoi Cordeiro. *Gestação, parto e maternidade: uma visão holística*. Belo Horizonte: Editora Aurora, 1995.

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. *A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento*. Esc. Anna Nery [online]. 2006, vol.10, n.3, pp. 439-447. ISSN 1414-8145. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000300012>>.

MONTICELLI, Marisa. *O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, 1994.

OSAVA, Ruth Hitomi. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico*. 1997. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

OSIS, MJMD. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad saúde pública* [Internet]. 1998 [cited 2012 Jan 02];14(1):25-32. Disponível em: <[http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337 .pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf)>.

Palinski JR, Souza SRRK, Silveira JTP, Salim NR, Gualda DMR. Women's perception of the process of labor coaching: a descriptive. *Online Braz J Nurs* [online]. 2012 ago; [citado 2013 nov 9]; 11(2):274-88.

PIRES, Denise [Elvira Pires de]. *A institucionalização da enfermagem. In: Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989. cap. 4, p. 106-143.

Rattner D, Trench B. *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo (SP): Editora Senac; 2005.

ROBBIE, Davis-Floyd. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. In *INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS*. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November 2000, pp. 5-23. (Resumo e tradução por Adriana Tanese Nogueira)

ROTHMAN, BARBARA KATZ. *In Labor: women an power in the birthplace*. 1st ed. New York: W.W. Norton & Company, Inc, 1982. 320 p.

SANTOS, Marcos Leite dos. *Humanização da assistência ao parto e nascimento*. Um modelo teórico. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

WEI, CY. *Ações Humanizadoras na Assistência ao Parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital-escola*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo 2007.

WOLFF, Lr, Moura MAV. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2004. 279-85p.

WOLFE, HONORA LEE. *Menopausa saudável na medicina chinesa*. Ed. São Paulo: Andrei, 1992. 34 p.