

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

DILMA APARECIDA JOSÉ DE SOUSA

**MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO
BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Belo Horizonte

2011

Dilma Aparecida Jose de Sousa

**MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO
BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Dra. Eunice Francisca

Belo Horizonte

2011

S729 Sousa, Dilma Aparecida José de

Modelo de assistência ao parto e nascimento: uma revisão de literatura
/ Dilma Aparecida José de Sousa – Belo Horizonte : [s.n.], 2011.
37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem
Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Orientadora: Eunice Francisca

Bibliografia: f. 32-37.

1. Humanização da assistência. 2. Saúde Materno-Infantil. 3.
Enfermagem obstétrica. 4. Trabalho de parto. I. Francisca, Eunice. II.
Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

WQ 300

Dilma Aparecida José de Sousa

**Modelos de assistência ao parto e nascimento no Brasil: uma
revisão de literatura**

Monografia apresentada ao curso Pós-graduação em
Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Dra. Eunice Francisca (Orientadora) – UFMG

Professora Carla Caldeira

Dra. Lélia Maria Madeira

Belo Horizonte, 09 de agosto de 2011

A minha família por me guiar e servir de exemplo de vida;
Ao meu querido, pelo amor, amizade, companheirismo e apoio;
A instituição hospitalar e maternidade Julia Kubistchek.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado à oportunidade de exercer a minha profissão sempre guiando meus passos.

A minha orientadora, que me incentivou nesta jornada de conhecimento, compartilhando suas idéias e reflexões possibilitando assim o aperfeiçoamento técnico-especializado.

Aos meus pais e familiares, pelo amor, carinho, compreensão e respeito.

Ao meu querido, pelo amor, amizade, companheirismo, dedicação e sinceridade nas palavras carinhosas.

A minha coordenadora Luzia, pessoa importante na minha trajetória profissional, muito obrigada;

A amiga e companheira de profissão Débora Lima, por me ajudar dando força quando eu não acreditava que daria conta e por muitas vezes lutar comigo, para tentar proporcionar uma assistência digna as nossas pacientes e acompanhantes do HJK.

A amiga e companheira de profissão Rosângela, que me mostrou o outro lado da obstetrícia como uma especialização que modifica o seu “eu interior”;

A minha equipe técnica por atuarmos em conjunto e realizar o nosso trabalho com respeito, companheirismo e dedicação. Muito obrigada meninas, vocês serão sempre minhas meninas!

Agradeço também as amigas e o amigo da especialização que juntos vencemos uma longa e difícil etapa;

A todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho.

Muito obrigada por ultimo e não menos importantes os meus pequeninos sobrinhos que me alegram com lindos sorrisos. Como são lindos e fofos.

Ofereço

Para vocês, ofereço esta página...

... Em branco, para que possamos construir a nossa história.

*As enfermeiras sábias nem sempre ficam em silêncio, mas sabem quando devem
fazê-lo durante o milagre do nascimento. RICCI, 2008*

RESUMO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, sobre os modelos assistenciais presentes no processo de parto e nascimento. Os modelos identificados foram da assistência pelas parteiras predominante até o final do século XIX, depois a institucionalização do parto com incorporação de tecnologias nem sempre benéficas, modelo ainda tecnocrático, mas que já vem sendo superado com a adoção de algumas iniciativas do Ministério da Saúde que propôs em 2000 um novo modelo baseado na humanização da assistência. Os resultados encontrados sugerem que a melhoria da assistência prestada ao parto normal constitui um grande desafio. Os profissionais devem apoiar suas práticas em evidências científicas e estabelecer uma nova relação assistencial, centrada nas necessidades das usuárias, no respeito às mulheres, enquanto pessoas, e aos seus direitos humanos e reprodutivos. Verificou-se que neste contexto a enfermeira obstetra faz-se necessária para implementação da assistência humanizada.

Descritores: modelos assistenciais; Avaliação maternidade; Humanização assistência; Enfermagem obstétrica; Trabalho de parto.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 METODOLOGIA.....	12
3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL..	13
4 O MODELO TECNOCRÁTICO.....	17
5 A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO E NASCIMENTO.....	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Modelo assistencial ao parto e nascimento é uma construção histórica, política e social, organizada num contexto dinâmico para atender aos interesses de grupos sociais. É uma forma de organização do Estado e da sociedade Civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas que atuam no setor para produzir serviços de saúde. (ALMEIDA e MISHIMA, 1996)

As conceituações de modelo de assistência permitem vislumbrar diferentes formas de intervenção sobre a realidade da saúde. Para isto, considera-se pertinente analisar o contexto histórico destes modelos, bem como a inserção da enfermagem obstétrica enquanto profissional de saúde, que desempenha importante papel não só na construção como também na implantação e manutenção destes modelos. (AMÁLIA FÁTIMA et al,2006)

Os modelos assistenciais vigentes, no contexto do parto e nascimento, na saúde brasileira são apresentados como tecnocrático e alternativos. O primeiro está apresentado, fundamentado e representado pela concepção medica assistencial privatista e o segundo por propostas alternativas que contemplam os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. E como proposta que contempla o SUS em 1983 foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) com a atenção voltada especificamente para melhorar os indicadores de saúde da mulher. Apartir da 8ª Conferencia Mundial de Saúde (1986) ficou conferido por lei à mulher o direito à saúde, integridade física e autonomia corporal. (SUZANNE JACOB et al, 2004).

No contexto da saúde brasileira, mais especificamente no que diz respeito às políticas norteadoras da obstetrícia observa-se uma proposta de mudança de paradigma relacionada aos modelos assistenciais, com o advento da assistência ao parto normal mais humanizado. A Política de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN 2000) pretende com sua fundamentação ser um marco por trazer o paradigma da humanização como um modelo de atenção durante a gestação e

parto. Sua principal estratégia é assegurar a melhoria de acesso e cobertura de qualidade da assistência do pré-natal ao nascimento. (SUZANNE JACOB, et al, 2004).

Baseando nas premissas da PHPN, as intervenções em assistência obstétrica deixam de focar a mulher como indivíduo coletivo em que o ser (mulher) deixa de ser o corpo biológico para ser corpo social e participativo no processo de parturição.

As práticas assistenciais em saúde obstétrica passaram por diferentes modelos até a atualidade. Ultimamente, muito tem se falado sobre humanizar. Humanizar o trabalho que ao ver da população usuária do serviço, seria uma prática inerente aos trabalhadores da saúde que lidam diretamente com pessoas vivenciando situações de fragilidade. Contudo, percebo que na prática a assistência ainda é muito baseada na reprodução do modelo centrado no médico, em que a paciente era o objeto e o médico o detentor do saber. A paciente de nada participava e nem mesmo poderia saber sobre seu diagnóstico ou tratamento. Consonante a essa prática o profissional da enfermagem seguia todo esse processo sem questionar.

No decorrer do tempo, novos modelos assistenciais vão sendo propostos, as práticas se modificam de curativismo hospitalocêntrico à prevenção no Centro de Saúde de tecnologia dura, a tecnologia leve. No entanto, as mudanças na assistência não ocorrem ao mesmo tempo em que os programas são propostos, um novo modelo se inicia, entretanto o que era vigente ainda permanece. Assim, surge o problema deste estudo: Quais são os modelos assistenciais presentes no processo do parto e nascimento, e porque é difícil implantação de um novo modelo?

Para responder este problema, propôs-se este trabalho o objetivo de identificar, a partir de uma revisão de literatura, os modelos assistenciais no processo de parto e nascimento no Brasil.

No cotidiano da assistência observa-se que ainda se convive com algumas dificuldades relacionadas ao processo da humanização dos serviços de saúde. A maioria dos serviços de obstetrícia dispõe de organização própria e tecnologias avançadas, o que talvez colabore para que o atendimento seja orientado numa única

direção, com predomínio assistencial biológico da mulher, o aspecto psicossocial de humanização da assistência ainda requer avanços.

Dessa forma, acredita-se que o desafio cotidiano é superar a utilização dos conceitos do modelo biomédico e sua tecnologia para avançar na implementação da humanização. E a enfermagem obstétrica pode colaborar para implantar mudanças neste cenário.

Assim, considera-se relevante o estudo dos modelos de atenção ao parto e nascimento para subsidiar a prática da enfermagem obstétrica e portanto propõe-se o estudo com o objetivo de identificar os modelos de assistência ao parto e nascimento no Brasil à luz da literatura.

2 METODOLOGIA

Para desenvolver o presente trabalho, a metodologia adotada teve como base, pesquisas bibliográficas nacionais publicadas no período de 1996 a 2010. Os descritores utilizados foram: modelos assistenciais; avaliação; maternidade; humanização na assistência; Enfermagem obstétrica; trabalho de parto. A pesquisa foi realizada nas bases da Bireme, Scielo, Lilacs e Biblioteca Virtual em Saúde. Além de artigos, utilizou-se teses, dissertações e livros sobre o tema. Também foram incluídas portarias do Ministério da Saúde sobre o processo de humanização parto e nascimento e a inserção da enfermeira obstetra neste cenário.

Foram selecionados 47 artigos teses dissertações e o assunto foi abordado em relação aos aspectos históricos, modelo tecnocrático e humanização da assistência obstétrica.

3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

Até final do século XIX a assistência ao parto no Brasil não era institucionalizada, o nascimento ocorria nos domicílios sob a assistência da parteira. As parteiras eram responsáveis diretamente pelo processo parto e nascimento, por se tratar da figura humana mais próxima da mulher, e por ser escolhida pela parturiente pela confiança, segurança e afinidade. (GLORIA INES et al., 2010).

Nesse modelo a prevalência do sexo feminino na assistência ao trabalho de parto e parto era exclusivo e o sexo masculino era considerado como uma figura que incomodava e atrapalhava o trabalho de parto. O marido participava somente do momento de apagar o bebê. O momento de dar a luz para a mulher, nesse período, era vivenciado com tamanha maravilha, uma vez que esta era acompanhada por seus familiares, incluindo avó, amigas e comadres mais próximas que demonstravam afetividade e vínculo entre quem assistia ao parto e quem era assistida. Portanto, dar a luz simbolizava um ritual sagrado que acontecia dentro da própria casa da parturiente. Parto e nascimento para as parteiras era considerado como um evento natural e fisiológico da mulher, experiência singular e especial. (VIEIRA e BONILHA, 2006)

Parteira é o título mais antigo referente ao profissional que acompanha a mulher durante o momento de parturição. No Brasil, a atuação da parteira teve início na era colonial. Inicialmente as parteiras não eram diplomadas e suas atividades eram executadas de maneira empírica. Posteriormente (1808-1828) Mott (2005) afirma em seu texto que estas mulheres foram orientadas a submeter-se a uma avaliação para obter a “Carta de Examinação” concedida pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império. Este documento lhes dava a autorização legal para exercer a profissão. Mesmo que essa lei fosse pouco obedecida, representou um princípio de controle sobre o exercício da atividade das parteiras pelos médicos. (RIESCO, 1998; SAAD, 2008).

Surge nesta época século XIX dois grupos de parteiras, sendo um grupo de parteiras ocasionais que exerciam a função por prática e confiança e outro grupo as parteiras

do ofício. No grupo das parteiras ocasionais, as parteiras foram responsabilizadas pela sociedade por não serem alfabetizadas e por isso incompetentes nos seus atos. Outro grupo era considerado como estudadas e que realizaram partos mesmo que laboriosos dos filhos de figuras médicas ilustres como era o caso da parteira Sebastiana Bonsucesso que atendeu a esposa e amigas do doutor José Maria Barreto, conforme relato próprio na época comentado pelo mesmo doutor. (MOTT, 2009).

As práticas que as parteiras utilizavam na atenção ao parto e nascimentos eram baseadas em um aprendizado empírico. Entretanto, o atendimento prestado às mulheres era realizado com o devido respeito à fisiologia do seu corpo. O atendimento dado às mulheres se estendia da gestação ao puerpério como também ao seu filho. Havia o acompanhamento de uma única cuidadora leiga ao longo de todo o processo gravídico-puerperal. Essa cuidadora, por ser familiar à mulher, falava a mesma linguagem e ambas tinham crenças em comum. (VIEIRA e BONILHA, 2006).

Por essas e outras atuações das parteiras foi-se desmistificando o enigma da parteira incompetente e aos poucos mostrando a capacidade de exercer a arte da obstetrícia. Verificou-se que muitas parteiras aprenderam o ofício de partejar com outras parteiras experientes com trocas de informações e muito raramente aprenderam algum procedimento com médicos. (MOTT, 2005)

Durante este período já se observava certo controle do ofício pelos médicos, mesmo sabendo e reconhecendo a capacidade das parteiras. Inicia neste período, 1960-1970, uma disputa entre médicos e parteiras pela arte de partejar. A parteira começa a perder seu valor e continua na sua atuação somente para atender as mulheres carentes que não possuíam condições financeiras para pagar um cirurgião médico. (VIEIRA e BONILHA, 2006).

Enquanto as parteiras acreditavam que sua função era assistir o parto, esperar a natureza se manifestar, e aparar as crianças, os médicos acreditavam que seu dever era fazer o parto, agindo como sentinelas avançadas, prontos para intervir sempre que o organismo se afastasse daquilo que consideravam fisiológico. Daí as parteiras

serem ridicularizadas, consideradas supersticiosas, chamadas de ignorantes, e seu saber sobre o parto, desqualificado (MOTT, 2005).

No final do século XIX, as parteiras foram responsabilizadas pelas altas taxas de morbimortalidade materno - infantil e denunciadas pela prática ilegal devido à falta de formação profissional formal e oficial. Surge então, em 1832, o primeiro curso de formação profissional de parteiras ligado à Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro e Bahia (RIESCO 1998; SAAD, 2008).

O declínio da prática da parteira no Brasil inicia-se no final do século XIX quando se instalou o paradigma médico de que a atenção ao parto é estritamente intervencionista e cirúrgico. (OSAVA e TANAKA, 1997)

Até aproximadamente a década de 1950, a arte de partejar estava nas mãos das parteiras e, geralmente, os partos eram realizados em domicílio, porém, os médicos já tinham determinado o hospital como local adequado para o parto normal, que sob a nova ótica científica, não era mais considerado um ato fisiológico da mulher, e sim uma questão a ser solucionada pelo médico.

O modelo de parto assistido pelo médico a partir de 1934, foi discretamente ganhando espaço e tornando-se o vencedor em nosso meio. Por se tratar de uma política muito forte, ainda atendia aos interesses de diferentes grupos, dentro e fora do campo obstétrico e aumentava oferta de empregos públicos. Contudo, incrementava o volume de obras públicas, aumentava os lucros dos proprietários de hospitais e esta proposta vinha ao encontro da política populista de Vargas que, de um lado, incentivava a proteção à maternidade e à infância e, de outro, prometia a construção de leitos hospitalares. (PROGIANTI, 2004)

Neste contexto, Lacerda e Sodré (2007) consideram que as mudanças na assistência ao parto e nascimento perduram até a atualidade e a assistência ao parto normal é consolidada com a mudança de parto domiciliar para o hospital e da atuação das parteiras para a assistência exclusiva do médico.

É importante olhar o passado histórico da prática das parteiras e evidenciar que os recursos utilizados eram somente recursos domésticos, e as parteiras aprendiam com observação a reconhecer e respeitar a fisiologia do corpo da mulher. As intervenções aconteciam o mínimo possível, acolhendo e estabelecendo vínculo afetivo com as mulheres que elas atendiam.

4 O MODELO TECNOCRÁTICO

O período compreendido entre os séculos XVII a XIX foi o marco para a medicina confirmar e tomar para si a medicalização da assistência à saúde ao parto normal o que se caracterizou a hegemonia da biomedicina e o modelo de atenção, principalmente nos países ocidentais. Para as mulheres brasileiras a obstetrícia foi constituída num modelo hegemônico e reproduziu todas as características deste modelo pautada no atendimento hospitalar; valorizando a medicina curativa, intervencionista favorecendo o uso da alta tecnologia com pouco investimento na prevenção, monopolizando todas as etapas do atendimento obstétrico nas mãos do médico, gerando uma série de distorções na assistência com a supervalorização das tecnologias de intervenção. (FIGUEIRA, 2008)

Este modelo teve repercussões importantes no modo de agir dos profissionais de saúde e ainda é hegemônico em muitos serviços do nosso país. Entende-se hegemonia como o predomínio de um conjunto de idéias sobre o modo de pensar e fazer ações de saúde. (FIGUEIRA e PEREIRA, 2007)

A partir do século XX predominou o parto hospitalar caracterizado pela hegemonia, após a segunda guerra mundial em nome da redução da mortalidade materno – infantil. Assim, surgiram as normas e as rotinas que passaram não só a ditar o tratamento hospitalar, mas também a modelar o comportamento da mulher inserida no contexto dessa assistência. As transformações sofridas no atendimento ao parto e ao nascimento, em um curto espaço de tempo, podem ser consideradas críticas, especialmente no que diz respeito à atenção individualizada a cada mulher. Ao ser institucionalizado, o parto é medicalizado na premissa de que a medicina pode dominar e neutralizar seu risco. O modelo vigente no século xx, reflete uma obstetrícia frágil, o atendimento ao parto é feito pelo médico e resulta na excessiva medicalização no alto índice de cesariana e na falta de humanização. (GOTARGO e SILVA, 2007).

Parte-se daí um movimento de apoderamento da medicina em relação ao corpo da mulher incluindo-se aqui a percepção de risco para a parturiente ser atendida pelas parteiras. O novo modelo desvalorizou a função social das parteiras no papel que

exerciam ao permitir a expressão individual da mulher. E ao mesmo tempo em que instalou o poder médico, instalou também o distanciamento entre a mulher e o profissional. (GOTARGO e SILVA, 2007).

Neste sentido, o discurso médico da metade do século XIX relativo à obstetrícia caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades. O parto deixou de ser privado, íntimo e feminino e passou a ser vivido de maneira pública, com a interferência de outros atores sociais. (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005)

As mesmas autoras também afirmaram que, apesar de a hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente: simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do cerimonial de internação, separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza como enemas, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada como uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional.

A gestação é mais que um evento biológico para a mulher, conforme Leite (2010) mostra em seu texto:

O parto e nascimento que sempre foram considerados como “coisas de mulher”, somente abriram suas portas aos homens em meados do século XVII. Ao entrar neste mundo inerentemente feminino o homem o fez pela porta da patologia, gradativamente ocupando mais e mais espaço, rechaçando o conhecimento milenar acumulado pelas parteiras, com isto perdendo o fio da fisiologia e, finalmente, expulsando as mulheres e a própria família do recinto, construindo uma “ciência” sob a ótica masculina. (LEITE, 2010, p. 11)

A importância do contexto histórico e o ambiente incluem, portanto, as condições em que o parto acontece. O uso abusivo da tecnologia e a sua extrema valorização pelos profissionais da saúde que passaram a atender a mulher na institucionalização provocaram o distanciamento do profissional e da mulher durante seu atendimento. Neste momento se observa a generalização do atendimento, ficando a atenção

individualizada comprometida. Da forma como acontece o comprometimento da assistência e a incorporação do modelo por inúmeros profissionais e as dificuldades de acesso aos serviços compreendem que as parturientes tenham dificuldades de estabelecerem um vínculo afetivo com a equipe de saúde durante o processo grávido-puerperal. Ao ser institucionalizado o parto e a assistência à parturiente passou a ser um ato técnico frio e impessoal. O modelo vigente é frágil no que concerne a interação humana e o respeito à mulher em sua totalidade. (VIEIRA e BONILHA, 2006).

Para Progianti (2001), as mulheres da classe reformista do séc. XVI, já possuíam ideologia progressiva. Portanto, a posição dessas mulheres perante o processo de medicalização do parto, não foi propriamente de vítima. Completando a fala de Progianti, a gravidez para a mulher dessa época e das classes média e alta, não poderia mais ser encarada com fatalismo e passividade. Parir com a assistência de um médico demonstrava alto poder aquisitivo dos seus maridos para custear o serviço e o uso da tecnologia moderna. Assim, o parto poderia ser vivenciado sem dor e sem correr riscos.

Dentro do paradigma de atenção instituído por esse modelo, a assistência à mulher no momento do parto tornou-se objeto de grande medicalização e, na maioria das vezes, culmina com a perda de sua autonomia, fator esse explicado pela intensa medicalização que o corpo feminino vem sofrendo nas últimas décadas.

Sobretudo, a relação com os serviços, a equipe de médica e os demais profissionais de saúde protagonizam cenas de violência institucional referidas em muitos trabalhos científicos e de denúncia. Todos esses fatores contribuem para a transformação do cenário do nascimento em “desconhecido e ameaçador” para as mulheres e mais convenientes e assépticas para os profissionais de saúde. (BRASIL, 2004).

A atitude profissional neste modelo vigente pode gerar violência consentida a mulheres em trabalho de parto. Neste cenário, os profissionais acham normais suas atitudes e que estas fazem parte da rotina de seu trabalho. Exemplo deste cenário é caracterizado pelo ato de desrespeitar a paciente quando não pergunta qual é o seu

nome, e as pacientes não reclamam e não emitem opinião por medo, por opressão e por estar vivenciando um momento de muita alegria em suas vidas, o nascimento de um bebê. A medicina tem se caracterizado, historicamente, em uma profissão preocupada em receber benefícios masculinos e controle sobre outras pessoas (WOLFF e WALDOW, 2008).

Corroborando com as autoras, Malagutti (2007) afirma, que o saber teórico científico que embasa a prática do modelo clínico é representado pelas intervenções não individualizadas que atendem antes as necessidades dos profissionais de saúde e depois as necessidades das parturientes. Na configuração da história do parto pode-se lembrar das inúmeras vezes que os ritmos naturais da mulher não receberam prioridade, sua personalidade foi retirada em nossos serviços, quando autoritariamente raspamos seus pêlos, limpamos seu intestino com enemas, instalamos soro sem sua permissão e a deixamos sozinhas sem permitir-lhe a presença de acompanhante e longe dos seus familiares. (MALAGUTTI e LACERDA, 2007).

O cenário do modelo tecnocrático é descrito com o conceito de um modelo tecnocrático que é aplicado à saúde da mulher com uma visão mecanicista com leis previsíveis e que podem ser descobertas através da ciência manipulada da tecnologia, com a intenção de amenizar a dependência do homem sob a natureza e controlá-la. Dessa forma, impôs a obstetrícia o desenvolvimento de instrumentos inerentes e defeituosos, logo anormais e perigosos o processo de nascimento (LEITE, 2010).

A permanência desses problemas na atenção ao parto e nascimento sinaliza que o modelo assistencial medicalizado, constitui-se num vigoroso conjunto de idéias que determina o modo de pensar e de fazer nas ações de saúde e para tanto foram surgindo críticas sobre essa arte de partejar.

No campo da saúde pública, as críticas ao modelo tecnocrático aumentaram no Ano Internacional da Criança (1979) que culmina na criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções e reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. Com resultados dessa colaboração em 1985 a Organização Pan-americana de Saúde

(OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizaram conferência sobre tecnologia apropriada ao parto. O encontro foi um marco para a saúde pública em defesa dos direitos da mulher, resultando na criação da carta de Fortaleza, texto que inspirou muitas mudanças e a recomendação da participação das mulheres na liberdade de posições do parto, presença do acompanhante, fim dos enemas, raspagens, amniotomia, abolição do uso rotineiro da episiotomia e da indução do trabalho de parto. Em 1989, esta colaboração já com centenas de integrantes, publicou uma revisão exaustiva dos procedimentos. Em 1993, foi publicada uma revisão sistemática com cerca de 40.000 estudos sobre o tema. (DINIZ, 2005).

No século XX houve grandes debates e críticas sobre a obstetrícia nos cenários nacional e internacional, questionando as intervenções e a medicalização excessiva do trabalho de parto, parto e nascimento. (LENHO 2008; DINIZ, 2005)

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto ainda é um desafio, tanto relacionado à qualidade da atenção quanto aos princípios filosóficos, permanecendo centrada em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico, tecnocrático e em um cuidado coletivo, desvalorizando o cuidado individualizado. (DINIZ, 2005).

É inegável que o cuidar de pessoas principalmente da mulher no período do parto e nascimento é uma ação da equipe de saúde. Os profissionais são atores de fundamental importância nesse processo, ao colocar seu conhecimento, seu serviço a favor do bem estar dessa mulher. Diante da assistência ao trabalho de parto cada vez mais medicalizado, é necessária uma alternativa baseada na busca da qualidade da assistência fundamentada no resgate do feminino no cenário do parto e nascimento. (SOUZA, 2005)

5 A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO E NASCIMENTO

A obstetrícia moderna nasceu sob a tutela da cirurgia e transformou o parto e nascimento em um evento medicalizado, descaracterizando a essência original de fenômeno existencial e psicológico para mãe e filho. Descaracterizou também o acontecimento social do nascimento para o grupo familiar. (CARON e SILVA, 2002).

Modificando a concepção da obstetrícia moderna, a humanização tem como foco a qualificação da atenção envolvendo preocupações por um lado, com respeito e promoção de direitos humanos da parte que recebe assistência e por outro lado com treinamento e formação dos profissionais de saúde e evidências científicas que norteiem as rotinas assistenciais. (HOTIMSKY & SCHAIBER, 2005)

“O Ministério da Saúde afirma que a atenção humanizada na obstetrícia envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto, nascimento saudáveis e prevenção de agravos maternos e perinatais assim prevenindo a morbimortalidade”. (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Humanização (PNH) conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção, no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. Assim, estabelece que, para haver humanização deve-se ter compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombos, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) e compromisso com a democratização

das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente. (BRASIL, 2004)

Desde o início da década de 80 as questões relacionadas à assistência parto e nascimentos têm sido abordadas de forma mais enfática e sistematizada. A OMS trouxe contribuições importantes para debater e propor o uso apropriado de tecnologia para o parto e nascimento baseado em evidências científicas que refutam as práticas do modelo médico de atuação. (OMS,1986) .

A avaliação científica das práticas de assistência obstétrica desde a metade da década de 1980, vem evidenciando a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com o mínimo de intervenção sobre sua fisiologia evolutiva, estimulando a prática de procedimentos centrados nas necessidades das parturientes. Dessa forma, qualquer intervenção sobre a fisiologia só deve ser feita quando se provar mais segura e/ou mais efetiva que a não intervenção. Isso tudo resultou em novo paradigma, que desmonta o valor das práticas rotineiras na assistência obstétrica, tidas então como ritualistas e perigosas, além de desvinculadas de valor científico.

Em 1983, aconteceu no Brasil a implantação do Programa de Atenção Integrada a Saúde da Mulher (PAISM), porém o programa não foi eficaz. Em 1990, a atuação dos ativistas pelo parto normal e nascimento deixavam claro que não aceitavam mais aquela assistência desumana prestada à parturiente, pois era uma assistência inadequada com excesso de intervenções. Um novo programa foi lançado em 1991 com enfoque na assistência a saúde perinatal, com suas bases programáticas que definem a assistência como os cuidados a serem prestados a mulher e ao seu filho. Nesse período, já haviam várias iniciativas isoladas de humanização ao parto e nascimento. (SILVA, 2007)

Em outubro 1993, a Rede pela Humanização do parto e Nascimento (RHEUNA) que congrega centenas de participantes entre indivíduos e instituições, foi criada, com o intuito de dirigir o seu discurso às mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e executores das políticas de saúde para:

- Mostrar os riscos à saúde de mães e bebês frente às práticas obstétricas inadequadas e intervencionistas;
- Resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais;
- Revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas face ao parto e nascimento;
- Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- Aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência a partos e nascimentos.

Como política pública a assistência humanizada a mulher iniciou-se em 1994 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que se consagrou como pioneira na maternidade Leila Diniz.. (RATTO, 2001; BOARETTO 2003)

Em 1996 a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) em parceria com o Ministério da Saúde e apoio de diferentes órgãos internacionais, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UINICEF), Organização Panamericana da saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) lançaram um projeto com oito passos para a maternidade segura, a saber:

- 1-Garantir informação sobre saúde reprodutivo e direitos da mulher;
- 2-Garantir assistência durante a gravidez, parto, pós parto e ao planejamento familiar;
- 3-Incentivar o parto normal e humanizado;
- 4-Ter rotinas escritas para normatizar a assistência;
- 5-Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas;
- 6-Possuir estrutura adequada para atendimento ginecológico e obstétrico;
- 7-Possuir arquivo e sistema de informação;
- 8-Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna perinatal

Os passos lançados surgiram com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência do atendimento obstétrico com o intuito de reduzir a morbimortalidade materno perinatal. Desses passos segundo (Silva, 2007), o passo (três) é o único

passo que tem a preocupação de humanizar a assistência obstétrica e não consiste em oferecer um espaço para a expressão da mulher e suas reais necessidades.

O Programa de Humanização do Pré-natal, e Nascimento (PHPN) – foi instituído pela Portaria n° 569 de 1 de junho do Ministério da Saúde e desde então vem sendo implantado no Brasil. A PHPN constitui-se em uma política pública fundamental, e estratégica para se operacionalizar a humanização da assistência do pré-natal e nascimento. Preconiza maior acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério tanto à gestante quanto ao recém-nascido na perspectiva dos direitos de cidadania, com diferentes componentes de incentivo financeiro à assistência pré-natal, à organização e à regulação da assistência obstétrica. Busca, principalmente, corrigir as enormes distorções relativas à qualidade dessa assistência e suas formas de pagamento e, fundamentalmente, vincular de modo formal e efetivo o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliando o acesso aos serviços pelas gestantes e parturientes. (BRASIL, 2000).

Como atenção de qualidade e introdução dos direitos de cidadão, destaca-se o respeito à mulher durante o atendimento como pressuposto fundamental para a humanização do parto. Nesse sentido, informá-las sobre os diferentes procedimentos a que serão submetidas, esclarecer suas dúvidas e aliviar suas ansiedades são atitudes relativamente simples que requerem entre outras coisas, boa vontade do profissional de saúde. O importante papel do profissional, apoiando à parturiente, e um sentimento positivo dela em relação ao trabalho de parto e esta pode ser prazerosa, positiva, ou traumática, dependendo de condições intrínsecas da parturição - como sua maturidade, experiências pessoais ou familiares e aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde. (BRASIL, 2004)

No intuito de melhorar a assistência ao parto normal, o Ministério da Saúde criou a Portaria N° 163 de 22 de setembro 1998, visando prioritariamente estimular a realização de partos normais assistidos por enfermeiras obstetras. A enfermeira obstetra é a profissional preparada para cuidar e atuar junto à mulher na gestação e no parto eutócico. (SILVA, 2007).

A participação da enfermeira obstetra na assistência ao parto e nascimento realizados quase que exclusivamente pela classe médica, têm provocado embates entre estas categorias, dificultando a implantação da política de humanização. A implantação da atenção ao parto de baixo risco por enfermeiras obstetras está associada às mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que se encontra inserida num contexto de humanização do parto e nascimento. Embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica perda de poder. Abandonar rotinas que adéqüem o trabalho de parto ao funcionamento do hospital e adotar outras rotinas que privilegiam o acompanhamento da fisiologia do trabalho de parto e parto, seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência. A simples substituição do médico pela enfermeira obstetra não resulta necessariamente na humanização da assistência. Acredita-se que isto seja resultado da atuação desta profissional inserida em uma nova proposta de cuidado. (DAVIM e BEZERRA, 2002).

A enfermeira é um profissional que deve atuar em equipe com sua prática baseada em evidência científica. Na obstetrícia, sobressai como a profissional que dedica mais tempo junto à mulher no período trabalho de parto, parto e nascimento, podendo observar melhor os seus anseios, medos, dúvidas e esperanças. A enfermagem obstétrica é uma profissão tradicionalmente voltada para o cuidar, e a promoção do bem estar da parturiente. A enfermeira obstetra está alerta também para as questões sociais e éticas, já que a promoção da saúde só é possível se houver qualidade de vida, considerando o mundo globalizado para poucos, a robotização em detrimento da sensibilidade e a emoção. O profissional de enfermagem deve ter também, consciência das condições adversas em que vive uma parcela significativa da população, o que interfere na vivência do processo de parto e nascimento. (SOUSA PIRES et al., 1996).

dar modo, no mundo globalizado, as vivências predominantes da população usuária do Sistema Único de Saúde, são de desamparo ou de falhas significativas da provisão do ambiente para o momento do nascimento. Neste contexto a mulher pode se sentir insegura e desvalida para participar de um momento tão importante

de sua vida e do filho que nasce. Daí a grande importância do suprimento ambiental que a cerca. (PENELLO 2010¹ apud MALDONADO, 2010)

Entretanto, fica claro que grande parte da provisão ambiental deverá ser dirigida à parturiente para que determinados fatos ou registros de memória não sejam a expressão de tristeza e experiências difíceis que porventura tenha sofrido, tanto nos primórdios de sua existência como ao longo do seu percurso de vida, ou venha sofrer no momento do parto. Assim, percebemos que o contexto cultural também tem a sua considerável parcela de contribuição. (PENELLO, 2010 apud MALDONADO, 2010).

Penello(2010) apud Maldonado (2010) afirma que as histórias terríveis com relação ao parto, medo da morte simbolizado pela passagem da vida intra para extra-uterina, identificação com a imagem da mãe sofredora que padece para dar à luz, são fatores que intensificam o medo e contribui aumentando as dificuldades do parto ao invés de acolher esse processo como um ritmo do corpo que se prepara para dar a luz. Esses aspectos são evidentes para as pacientes de instituições públicas em relação ao que poderia ser considerado atendimento de qualidade, pois em hospital público a paciente não espera ter atendimento individualizado ou atenção carinhosa culminando no clássico circuito do medo, tensão, dor que se realimenta continuamente, gerando intenso desconforto e muita angústia (PENÉLOPE e ROSÁRIO, 2010).

Portanto, a atenção oferecida pela equipe obstétrica durante o trabalho de parto é um importante fator na satisfação da mulher com o atendimento recebido. Quando a enfermeira obstétrica cria um vínculo com a parturiente ela se sente acolhida e cuidada, mesmo que esse profissional não permaneça com ela o tempo todo. A presença de um profissional que geralmente deu atenção a parturiente durante o trabalho de parto está associado à ausência de complicações com a mulher ou com

¹ PENELLO LILIANE; LUGARINHO, LILIANA ROSÁRIO SELMA ESCHENAZI DO. **Parto Humanizado e Memória do Nascimento: uma reflexão sobre a produção de saúde desde os seus primórdios** Rev. Tempus Actas Saúde Col. // 119 A 127-2010-Disponível: <http://www.estrategiabrasileirinhos.com.br>. Acesso em 05/06/2011

o bebe. A atenção prestada à parturiente é apontada como fator de satisfação da cliente. Uma recepção rápida no momento da chegada a maternidade e a atenção da equipe, educada, cuidadosa e paciente no cuidado, durante o trabalho de parto e parto são importantes porque as mulheres desejam que os profissionais sejam compreensivos nesse momento em que elas estão com dores e amedrontadas. O carinho, a paciência, a solidariedade destaca-se como ponto positivo da relação do humanizar a assistência, para melhor entender os medos e expectativas da mulher em trabalho de parto, parto e nascimento para de algum modo ajudar. (DIAS e DESANDES, 2006).

No entanto, torna-se fundamental que a política de humanização da assistência tenha como preceito básico um sistema de referência, que garanta assistência humanizada para a mulher no atendimento ao parto. É importante que desde o momento em que se inicia a gravidez ela saiba qual maternidade deve procurar (DIAS e DESANDES, 2006).

Portanto, o processo de humanização necessita estender o diálogo com os profissionais da saúde sobre os aspectos acima citados que juntos formalizam a violência institucional, que ainda acontece em muitas maternidades publicas do país. Chamar atenção sobre as práticas abusivas realizadas sem evidencia científica no processo de parturição sem a participação devida da mulher, que é submetida a riscos a sua integridade física, e principalmente a riscos irreversíveis a sua condição emocional é a proposta do processo de humanização da assistência obstétrica. (ARAGÃO, 2007)

Espera-se que através da sensibilização das equipes de saúde, a instituição possa avançar, ampliar e consolidar o modelo de assistência humanizada a mulher no seu ciclo gravídico - puerperal, implementando uma nova forma de gestão nos seus serviços, englobando, na assistência não só a enfermeira, mas também toda a equipe que assiste a parturiente no ato de parir.

Legalmente e operacionalmente os princípios estão postos, mas tem que ter coragem de enfrentar esse desafio, de colocar em pratica o que muitas vezes, vê-se ser dito como teoria, de inovar processos já instituídos, propor rupturas. Pois, não

existe saber acabado e definitivo e o conhecimento em enfermagem obstétrica não é limitado por fronteiras, mas necessário é saber aplicá-lo, considerando variáveis e historicidade do contexto. (SOUZA, 1998)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo oferecem subsídios para uma reflexão a cerca do parto e nascimento humanizados, como também para repensar as estratégias a serem adotadas sobre essa assistência. Assistência que busca um resgate do modelo realizado pelas parteiras até o final do século XIX, onde a mulher era assistida em sua integralidade. Com a inserção do modelo médico hegemônico tecnocrático e hospitalocentrico, no século XX a mulher perdeu o domínio do seu corpo e passou a ser cuidada como se fosse uma máquina que necessita de reparos.

Em 1979 houve um grande avanço na saúde pública em que se questionou sobre o uso abusivo do poder médico, da alta tecnologia e o grande número de morbimortalidade materna e infantil. Em busca de melhorias nesta situação, o Ministério da Saúde se movimenta e cria portarias e políticas de atuação para melhorar a assistência ao parto e nascimento.

O modelo de assistência ao parto e nascimento ainda predominante é o hospitalocentrico institucionalizado e centrado no profissional. A mulher ainda não é vista como sujeito do seu trabalho de parto. Para implantar o modelo humanizado de assistência com a inserção da enfermeira obstetra na equipe, é preciso sensibilizar as equipes, tanto médica quanto de enfermagem. A instituição precisa criar condições para avançar, ampliar e consolidar o modelo de assistência humanizada à mulher no seu ciclo grávido-puerperal, implementando uma nova forma de gestão nos seus serviços, englobando, nessa assistência, não só enfermeiras, mas também toda a equipe de saúde que assiste a parturiente no ato de parir. Entretanto, é preciso alterar barreiras físicas, romper com o modelo tradicional e filosófico de formação.

Conseqüentemente, para avançar rumo a um novo paradigma para a sustentação do modelo de assistência ao parto e nascimento é necessário assumir o conhecimento vivencial feminino como uma das fontes principais de visão fisiológica da parturição e a realidade da mulher. É fato que nenhum modelo dará conta de assistir a mulher em trabalho de parto na sua totalidade, mas quem cuida poderá

servir de guia para estabelecer ações sensíveis e humanas para melhor conduzir o processo de ser mãe. A enfermeira obstetra enquanto participante do processo de parto e nascimento é uma das profissionais capacitadas e com recomendação do Ministério da Saúde para contribuir com a implementação dessa nova proposta. A atuação efetiva da enfermeira obstetra poderá trazer muitos ganhos para a assistência humanizada ao trabalho de parto e parto eutócico. Poderá contribuir para uma forma mais segura e saudável de nascer em nosso país.

REFERENCIAS

ALMEIDA, M. C. P., SILVA, E.M., MISHIMA, S. M., Villa TCS. **Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força do trabalho em enfermagem.** In: Anais do 48º congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out.6-11; São Paulo. São Paulo: Aben seção 1996.142-9. Disponível em: <http://www.sielo.com.br>. Acesso em 25/06/2011.

AMÁLIA FÁTIMA *et al.* **Construção do Conhecimento e do Fazer enfermagem e os modelos assistenciais.** Rev.Esc.Enferm. USP vol.40 no. 2 são Paulo jun.2006. Disponível em: <http://www.e.e.usp.br/reeusp/upload/pdf/252/pdf>. Acesso em 14/07/2011.

ARAGÃO, C. de O. **Assistência de Enfermagem ao Parto Normal Humanizado.** 2007. Disponível em: <http://netsaber.com.br>. Acesso em 02/07/2011

BOARETTO, M.C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro.** 2003. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA GM/MS N.569, DE 01 DE JUNHO DE 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA Sérgio Arouca **Trajetória de Gestantes e Parturientes pelo Sistema Único de Saúde no rio de Janeiro** - Francisca Auricélia Furtado Rocha- Mestrado em Saúde Pública. 2004. subárea: bvs.sp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=307 Formato do arquivo: Microsoft Word. Acesso em 22/04/2011.

BRASIL, PORTARIA N.º 63, DE 22 DE SETEMBRO DE 1998. DOS 183, DE 24/9/98. Cabe ao **Enfermeiro Obstetra**: Disponível em: http://sna.Saúde.Gov.BR/legisla/legisla/obst./SAS_P163_98obst.Doc Acesso em 01/07/2011

BRASIL, PORTARIA N°1091 MS/GM/DOU, DE 25/8/1999. **Dispõe sobre o apoio à montagem de unidades perinatais.** Disponível em: bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=307. Acesso em 22/04/2011.

BRASIL, PORTARIA N°2815 MS/GM, DE 29/5/1998. **Dispõe sobre as restrições da incidência de partos cesáreos no SUS e o incentivo ao parto normal com a inclusão, na tabela de procedimentos do SUS, do pagamento ao parto realizado por enfermeira obstétrica.** Disponível em: www.ebah.com.br/.../modelo-atencao-obstetrica-no-setor-s. Acesso em 02/05/2011.

BRASIL, PORTARIA N°3482 MS/GM, DE 2/8/1998. **Estimula a Acreditação dos serviços de maternidades.**

BRASIL, Portaria n°570 MS/GM, de 1/6/2000. **Dispõe sobre os incentivos à assistência pré-natal.** Disponível em: www.spp.org.br/Portaria_572_GM.pdf
Formato do arquivo: PDF/Adobe Acrobat. Acesso em 05/07/2011.

BRASIL, PORTARIA N°571 MS/GM, DE 1/6/2000. **Dispõe sobre a organização, a regulação e os investimentos na assistência obstétrica e neonatal.** Disponível em: bvsmms.Saude.gov.br/bvs/publicações/partes/parto1.pdf Formato do arquivo: PDF/Adobe Acrobat – Acesso em 04/05/2011.

BRASIL, PORTARIA N°572 MS/GM DE 1/6/2000. **Dispõe sobre a nova sistemática de pagamento ao parto.** Disponível em: www.saude.am.gov.br/docs/programas/saude_crianca_leg.pdf Formato do arquivo: PDF/Adobe Acrobat. Acesso em 04/05/2011.

CARON, O. A. F.; SILVA, ISILIA, A.. **Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação.** Rev. Latino-am Enfermagem 2002 julho-agosto; 10(4): 485-92. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlaenf> Acesso em 26/05/2010.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. de M.. **Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência.** Rev. Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5): 727-32. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlaenf> Acesso em 30/04/2011.

DIAS, A. M., DESANDES, F. S., **Expectativa sobre assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro 22(12)-2647-2655 –dez.2006

DINIZ, C. S. G.. **Humanização da Assistência ao Parto no Brasil: Os mitos sentidos de um movimento.** Ciências da Saúde Coletiva 10(3) 627-637, 2005. Disponível em: <http://www.sielo.com.br> Acesso em 03/05/2011)

FIGUEIRA, A. L. de; PEREIRA, M. A. **(Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos de assistência ao parto-** Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar.pag.119. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a19.pdf>. Acesso em 18/05/2010.

FOUREZ, G. **O método científico: a ciência como disciplina intelectual.** In: Fourez G. A construção das ciências. Introdução à filosofia e a ética das ciências. São Paulo: UNESP; 1995. P. 103-43.

GOTARGO GLORIA INÊS BEAL; SILVA, ISILIA APARECIDA. **Refletindo Sobre a Prática Obstétrica a Luz de um Modelo de Relacionamento Humano.** Cien. Cuid. Saúde 2007 abr /jun; 6(2): 245 a251- Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.Php/Cienc.CuidSaude/article/viewFile/4172/2763>. Acesso em; 04/05/2011

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. **Humanização no contexto da formação em obstetrícia.** Humanization in the context of obstetric training- Ciências e Saúde Coletiva, 10(3) 639 a 649, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300020>. Acesso em 02/05/2011.

LEITE, M. DOS S., **Os desafios de uma filosofia para a humanização do parto e do nascimento-** Rev. Tempus Actas Saude Col. // 17, 2010. Disponível em: <http://www.temposactas.unb.br> Acesso-03/05/2011

LENHO A. DE F. P.; MOURA, M. A. V. **Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro.** Revista da Escola

de Enfermagem da USP- USP vol.43 no. 4 São Paulo Dezembro 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Php Acesso em: 01/07/2011

MALAGUTTI, SODRÉ, THELMA; LACERDA, RÚBIA, APARECIDA. **O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina - PR.** Rev. Esc. Enferm USP 2007; 41(1): 82-9; Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp> Acesso em. 20/09/2010

MOTT M. L. B. **A parteira ignorante:** um erro de diagnóstico médico. Disponível em; [www.periodico.ufsc.br/index. Php/ref./article,2009](http://www.periodico.ufsc.br/index.php/ref/article,2009). Acesso em 20/04/2011.

MOTT, M. L. B. **Parteiras: O outro Lado da Profissão-**Nteroi, v.6, p.117-140, sem. 2005.

MOURA, M. A. V., PEREIRA. A. L. F. **Relações de Hegemonia e o Conflito Cultural de Modelos na Assistência ao Parto-** Disponível: <http://www.sielo.com.br/pdf/rebenn/v57n3/a9v57n3.pdf> acesso; 05/06/2011

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al . **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 60, n. 4, ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 maio 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400018>.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M., **A institucionalização médica do parto no Brasil** Ciênc. saúde coletiva vol.10 no3 Rio de Janeiro Jul/Set. 2005. Disponível; <http://www.sielo.com.br>, acesso em 05/06/16

Os oito Passos para a Maternidade Segura. Disponível em; <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs>. Acesso em; 01/07/2011.

OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de. **Oito passos para a maternidade segura:** guia básico para serviços de saúde / Eight steps for the safe maternity: basic guide for health services. Brasília; COMIN; 1995. 16p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=444794&index Search=ID>. Acesso em 08/05/2011.

OSAVA, RH; & TANAKA, A.C. D'A. **Os paradigmas da enfermagem obstétrica.** Rev. Esc. Enf. USP, v.31, n.1, p.96-108, abr.1997.

PAIM, J A. **Modelos de atenção e vigilância da saúde.** In: Rouquaryol MZ, Almeida FN. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. P. 567-86

PENELLO LILIANE; LUGARINHO, LILIANA ROSÁRIO SELMA ESCHENAZI DO. **Parto Humanizado e Memória do Nascimento: uma reflexão sobre a produção de saúde desde os seus primórdios** Rev. Tempus Actas Saúde Col. // 119 A 127-2010-Disponível: <http://www.estrategiabrasileirinhos.com.br>. Acesso em 05/06/2011

PROGIANTI, J. M. **Modelos de Assistência ao Parto e a Participação Feminina.** Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2004 maio/junho; 57(3); 303(5). Disponível; www.scielo.com.br/Pdf/reben/vol57n3/a09v57n3.pdf. Acesso: 05/06/2011

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.** Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. Interface-Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

RATTO, KMN. **É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz.** Saúde em foco, v.21, p.115-34, 2001. Disponível em: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1801/180115446027.pdf. Acesso em: 18/04/2011

ReHuNa - Amigas do Parto <http://www.amigasdoparto.com.br/rehuna.html> - Em cache **Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento** foi criada em 17 de outubro de 1993. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br>. Acesso em: 01/07/2011.

RIESCO, M.L.G. **Do orgulho a designação:** educação e atuação do profissional de obstetras formadas na Universidade de São Paulo. Tese-escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2008 186p. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde...103344/.../tese.pdf. Acesso em 18/12/2010

RIESCO, TSUNECHIRO; SAAD, **Enfermeira Obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira.** Rev. latino AM. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.13-15, abril 1998. Disponível em:

ROCHA, F. A. F. **Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. 2004. 140 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) disponível em: Políticas Públicas e saúde- Rio de Janeiro, setembro de 2004..... Disponível em: www.trabalhoscolares.net/viewtopic.php?f=3&t=1673 –

SERRUYA, J., SUZANNE; CECATTI, GUILHERME, J., et al. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set - out, 2004 Disponível em: <http://www.scielo.com.br> Acesso em;02/07/2011.

SILVA, LEILA RANGEL DA; CHRISTOFFEL, MARIALDA MOREIRA; SOUZA, VENTURA, KLEYDE. **História, Conquistas e Perspectivas no Cuidado à Mulher e a Criança. Texto e Contexto**. Enferm. Florianópolis, 2005, out; dez.(14) (4). 586-93 Disponível em www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf

SOUZA, M F. **Contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem no Brasil**. In: Garcia TR, Pagliuca LMF, organizadoras. A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos. Fortaleza: Rene; 1998. P. 51-63. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a19v57n2.pdf. Acesso em 23/11/2010

TANAKA, A.C.A. **Maternidade: dilema entre o nascimento e morte**. Visualização rápida PDF/Adobe-Revista Baiana de enfermagem Disponível em: Acesso em 04/06/2011

VIEIRA, M. R; BONILHA ALL. **A parteira leiga no atendimento à mulher no parto e nascimento do seu filho**. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 mar; 27(1): 19-26. Disponível em www.scielo.br - Acesso em 28/03/2011

WOLFF, LEILA REGINA. WALDOW, VERA REGINA **Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto**. 138-Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. [Php?pid=S0104... Script= sci](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em 12/04/2011