

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LEILA AGRA FELIX BROLINI

CARTILHA EDUCATIVA: FORTALECENDO A REDE CEGONHA NO ESTADO DE
RORAIMA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LEILA AGRA FELIX BROLINI

CARTILHA EDUCATIVA: FORTALECENDO A REDE CEGONHA NO ESTADO DE
RORAIMA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Jane Cristina Anders.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CARTILHA EDUCATIVA: FORTALECENDO A REDE CEGONHA NO ESTADO DE RORAIMA** de autoria da aluna **LEILA AGRA FELIX BROLINI** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Dra. Jane Cristina Anders
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

... à Deus,
minha gratidão maior.

... aos meus pais
com quem aprendi o que há de melhor,
ensinaram-me a acreditar que
tudo na vida é possível,
basta querer.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
2.1 Histórico da Assistência ao Parto.....	3
2.1.1 A Cesariana.....	3
2.1.2 Valorização do Parto Normal.....	4
2.2 A Importância da Educação em Saúde nas Atividades do Enfermeiro no Período Pré-Natal.....	6
2.3 Assistência ao Parto.....	7
3 MÉTODO.....	10
3.1 Tipo de Estudo.....	10
3.2 Cenário do Projeto de Intervenção.....	11
3.3 Proposta do Projeto de Intervenção.....	14
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
6 REFERÊNCIAS.....	18

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Processo de Elaboração de Cartilha.....	14
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Números notificados de mortalidade materna declarados em Roraima (2007-2011).....	11
Tabela 2. Internações Hospitalares por Local de Residência por Causa em Roraima, 2010.....	12
Tabela 3. Nascimentos por Tipo de Parto em Roraima (2010 – 2013).....	13

RESUMO

A gravidez e o parto representam eventos especiais na vida da mulher, no qual a sensação de tornar-se mãe confunde-se muitas vezes com incertezas, medos e inseguranças. É um evento biossocial, pois está cercado de valores culturais, sociais e emocionais. Embora sendo um processo considerado, predominantemente fisiológico, e que decorre geralmente sem complicações, tem crescido o uso de técnicas intervencionistas e entre estas, a cesariana. Este estudo constitui-se como uma tecnologia de concepção, ou seja, uma proposta de projeto de intervenção, cujo objetivo é propor a elaboração de uma cartilha educativa voltada às gestantes do Estado de Roraima, constando informações referentes à nova proposta do Parto Humanizado e suas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde através da Rede Cegonha, contribuindo para a redução dos índices de cesáreas. Estima-se que a existência de um material educativo poderá contribuir para servir de apoio no atendimento das mulheres, no que diz respeito à obtenção de informações relativas à experiência do parto humanizado, de maneira a subsidiar suas escolhas. O estudo reforça a importância da ação educativa durante o pré-natal para resgatar o papel ativo da mulher no processo parturitivo, para que esta tenha o direito de escolha sobre a preferência do tipo de parto, bem como ser ouvida e esclarecida em suas dúvidas e temores.

Palavras Chaves: Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Humanização do Parto.

1 INTRODUÇÃO

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que não há justificativa para qualquer região do mundo possuir taxas de parto cesárea maiores do que 10-15%, suportando a hipótese de que quando tal índice aumenta acima de 15%, os riscos para a saúde reprodutiva passam a superar os benefícios. Duas décadas mais tarde, todavia, as taxas de nascimento por cesárea contrariam tal preconização, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (BETRÁN; MERIALDI; LAUER, 2007).

O Brasil apresenta uma das taxas de cesárea mais elevadas do mundo e tem sido citado como exemplo claro do abuso desse procedimento. As taxas no Brasil passaram de 32% em 1994 para 40,2% em 1996. A redução para 36,9%, no período de 1996-1999, foi seguida por um recrudescimento nas taxas para 39,9% em 2002 (SAKAEL; FREITAS; DÓRSI, 2009).

As taxas de cesarianas em Roraima, incluindo os serviços públicos e privados, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC/NSIS/DVS/CGVS/SESAU-RR), têm variado de 31,66% (2.011) a 35,20% (2.013). Taxas essas muito elevadas, se considerada a recomendação da Organização Mundial de Saúde, níveis necessários de apenas 15% (ANS, 2006; SESA, 2009).

O processo de tomada de decisão de qual é tipo de parto indicado para cada gestante é uma dúvida freqüente vivenciada pelas mulheres e seus familiares, que participam de forma cada vez mais ativa, focando o senso de comprometimento e responsabilidade das partes envolvidas.

Segundo Davim e Menezes, (2001, p. 26) relata:

A gravidez é um processo fisiológico que representa a capacidade reprodutiva inerente à mulher e traz ao organismo feminino uma série de mudanças físicas e emocionais. Estas transformações podem gerar medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente a curiosidade de saber o que acontece com o próprio corpo, é neste momento que o profissional da área de saúde desempenha um papel relevante à transmissão de apoio, orientação e confiança para que a mulher se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto.

Refletindo sobre os altos índices de partos operatórios, Rea (2003) questiona se este fato decorre do desejo da mulher, ou pode ocorrer por conveniência médica, facilidade do sistema de saúde, fragilidade da assistência de saúde prestada no âmbito da atenção primária. Dentre estes

apontamentos, questiona-se também, a forma como estas mulheres estão sendo orientadas nos pré-natais realizados nas Unidades Básicas de Saúde do nosso país, bem como a atuação do profissional enfermeiro nesta prática.

Algumas estratégias têm sido voltadas para a redução das indicações, confirmando a informação de que as cesáreas não oferecem ganhos adicionais, por outro lado, aumentam os riscos maternos, oferecendo implicações para gestações futuras e aumento de custos para os sistemas de saúde.

Como medidas de controle e de mudanças desse modelo assistencial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, têm como propostas a humanização do parto, que incluem incentivos: ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto (TORNQUIST, 2002).

Assim, em 2011 o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, pela Portaria GM/MS nº 2.351/2011, que trata de uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

No Brasil, a cultura médica influencia na assistência ao parto e ainda há uma subestimação dos riscos da cesárea. A falta de instrução durante a gestação pode levar as mulheres a aceitar qualquer opinião que lhe possibilite a certeza de que o bebê nascerá bem. A informação é o grande trunfo para melhorar esta situação, considerando que o parto normal traz benefícios tanto para a mãe quanto para o neonato, se faz necessário trabalhar essa escolha no decorrer da gravidez com um pré-natal de qualidade, levando em consideração os fatores que interferem na via de parto escolhida (DIAS; CARVALHO; SILVA; MENDES; 2009).

Assim, o desenvolvimento do presente pesquisa objetiva propor a elaboração de uma cartilha educativa voltada às gestantes do Estado de Roraima, constando informações referentes à nova proposta do Parto Humanizado e suas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde através da Rede Cegonha, contribuindo para a redução dos índices de cesáreas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Histórico da Assistência ao Parto

Historicamente a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina na maioria dos povos primitivos, pois apenas as parteiras realizavam essa prática. O fenômeno da parturição estava associado aos aspectos místicos e religiosos (GONÇALVES, 2009).

Neste sentido, para Schirmer et al. (2002), com o surgimento da obstetrícia como área acadêmica do conhecimento, a partir da metade do século XIX, a assistência empírica prestada por mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal perdeu seu espaço, ou seja, inicia-se uma intensa disputa entre a classe médica e as parteiras, e estas vêm perdendo o domínio do saber sobre a arte de assistir o parto e o nascimento.

No contexto sócio-histórico, observa-se que no século XX, na década de 40, visando à redução da mortalidade materna e infantil a hospitalização do parto intensificou-se, o que permitiu a medicalização e controle do período gravídico-puerperal. Assim, o parto que antes era entendido como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública em instituições de saúde, em nome da redução da mortalidade materna e infantil, com a presença de vários atores (profissionais) conduzindo este período. Esse fato favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo (OSAVA, 1990).

Com a institucionalização do parto a mulher perdeu sua privacidade e autonomia, foi separada da família e submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas sem o devido esclarecimento e consentimento da parturiente e, por outro lado, procurou-se oferecer para mulher e seu bebê uma assistência com aparente segurança (OSAVA, 1990).

2.1.1 A Cesariana

A cesariana é descrita como o parto de um feto por cirurgia abdominal, requerendo incisão através da parede uterina (BADER, 2007).

Segundo Martins-Costa, Ramos e Salazar (2011), há dois tipos de indicações de cesariana, as absolutas e as relativas. De acordo com o Ministério da Saúde, a cesárea deve ser eletiva quando existem duas ou mais cicatrizes de cesáreas anteriores ou quando há contraindicação absoluta ao parto normal. A presença das contrações uterinas é importante para indicar o momento adequado do nascimento. Se não for possível esperar o início do trabalho de parto

espontâneo, recomenda-se que a cesárea seja feita com idade gestacional de 39 semanas confirmadas pela data da última menstruação ou pela ultrassonografia do primeiro trimestre (BRASIL, 2010b). Já a cesárea de emergência é realizada por indicação fetal, devendo levar cerca de 30 minutos entre a decisão e o procedimento. E a cesárea de urgência é realizada por indicação materna (BADER, 2007).

As gestantes precisam passar por um processo de orientação e esclarecimento, entendendo que é seu direito ter um parto normal e que devem lutar por essa situação. A cesárea deve ser feita só quando for indispensável para o bem estar da gestante e do bebê (BRASIL, 2011a).

No Brasil, cerca da metade dos partos são cesarianas, entretando, na maioria dessas situações, a forma mais segura e benéfica para o nascimento seria o parto normal. O parto natural precisa ser incentivado por meio de uma atenção holística, humanizada, segura e de qualidade (BRASIL, 2011a).

O parto cesáreo expõe as mulheres e os bebês a maiores riscos, que incluem lesões acidentais, reações à anestesia, infecções, embolias obstétricas, nascimentos prematuros e mortes perinatais e maternas (BRASIL, 2010a).

2.1.2 Valorização do Parto Normal

De acordo com a OMS o parto normal é um processo natural, e conseqüentemente, não deve sofrer interferência no seu curso (MENEZES; DIAS, 2012).

A institucionalização do parto trouxe ganhos importantes para a obstetrícia, porém, a supervalorização da técnica do nascimento, a ênfase exagerada à sua fisiologia, negligenciou seus aspectos psicoemocionais e sociais, passando a negar a parturiente seu direito de experimentá-lo de acordo com seus significados adquiridos culturalmente (GUALDA, 1993; HELMAN, 1994).

De acordo com Serruya, Lago e Cecatti (2004), com a construção, em 2003, da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Uma das estratégias para mudança deste cenário, foi a inserção da humanização da assistência como uma nova estratégia para a melhoria do acesso e da qualidade no ciclo gravídico-puerperal, com destaque para o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído em junho de 2000 pelo Ministério da Saúde.

Um dos aspectos de humanização da assistência ao parto é a mudança do modelo médico tradicional, com ações voltadas para as necessidades das mulheres e suas famílias com uma assistência humanizada que implique a valorização dos aspectos sócios-culturais do parto e do

nascimento, oferecendo um suporte emocional, favorecendo o vínculo entre a mãe e o bebê, sendo, desse modo, menos intervencionista (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Vislumbra-se que a maioria das Instituições de Saúde (IS's), na grande maioria pública, atendendo as orientações dadas, afirma estar em processo de implantação do atendimento humanizado, propondo novas formas de acolhimento e utilização de técnicas (MENEZES; DIAS, 2012).

Fazem-se necessárias transformações, principalmente quanto à mudança de condutas dos profissionais que prestam a assistência. A humanização do parto é um termo mais abrangente do que se imagina, pois envolve questões como a legitimidade científica, política, epidemiológica, financeira, profissional e corporativa, além de proporcionar a participação da parturiente nas decisões sobre a sua saúde, obtendo o direito ao alívio da dor (MENEZES; DIAS, 2012).

O movimento de humanização do parto no Brasil teve início na década de 1970, porém, foi por volta de 1980 que vários grupos que prestaram assistência humanizada à gravidez e parto propuseram mudanças em suas práticas. Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto (REHUMA), tendo como integrantes profissionais da saúde, médicos e enfermeiros oriundos das áreas da obstetrícia, saúde pública e de Organizações Não Governamentais (ONG's), além de usuárias, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas alternativos e profissionais liberais (DINIZ,2005).

Em março de 2011, a Presidência da República juntamente com o Ministério da Saúde, lançou o Programa Nacional intitulado Rede Cegonha, que tem como objetivo prestar atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto e puerpério, até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011b).

Conforme o Ministério da Saúde, a Rede Cegonha é uma estratégia operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde – SUS e está embasada na humanização e assistência às mulheres, recém-nascidos e crianças, na qual se reafirmam os direitos a ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo. Também por meio deste programa, objetiva-se implementar um modelo pioneiro de atenção à saúde da mulher e à criança, focando na atenção ao parto,

nascimento e no desenvolvimento infantil até os dois anos de idade. Objetiva-se ainda, realizar a organização de uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e reduzir índices de mortalidade materna e infantil, com foco no aspecto neonatal (BRASIL, 2013b).

2.2 A importância da educação em saúde nas atividades do enfermeiro no período pré-natal

A educação em saúde foi instituída na Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e ao Recém-Nascido com o intuito de contribuir para a promoção da saúde. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (SANTOS, 2009).

Como descrito na Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, cabe ao enfermeiro realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem; como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde.

O profissional enfermeiro, a partir do vínculo criado com estas mulheres, consegue uma aproximação com o seu ambiente social e pode compreender através de qual perspectiva ela visualiza o parto; sendo este, portanto agente formador e contribuinte na mudança desta percepção muitas vezes turva. Desenvolvendo então o seu potencial de educador e disseminador de informações (DIAS; et al, 2009).

A carência de informações, ou informações inadequadas sobre os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias, são fatores mais comuns de tensão da gestante, que influenciam negativamente durante todo o processo (SANTOS, 2009).

Segundo Viggiano et al. (1982) e Braga (1988), o despreparo psicológico das mulheres para o parto vaginal condicionado pelo ambiente social e pelos meios de comunicação e falha do pré-natal neste aspecto, são fatores agravantes do índice de cesáreas.

Segundo Dugas (1978), em qualquer comunicação enfermeiro-paciente, os problemas, os interesses, sentimentos e atividades da cliente constituem o foco principal. É preciso, portanto,

que o enfermeiro, no processo educativo individual, aprenda a ouvir e dar respostas. A maneira como se mostra o enfermeiro, sua expressão facial, sua verbalização, podem ser decisivas para o sucesso ou fracasso das ações educativas.

Nesse contexto, deve-se ter em mente que a mulher que está sob os cuidados de uma equipe profissional é um ser humano singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno na sua concepção de interagir com o mundo. Neste sentido, a mulher precisa ser considerada como um todo, sem ferir sua condição de indivíduo, sem violar a íntima relação que existe entre os aspectos biológico, psicológico, social, cultural e econômico (SCHIRMER, 2002).

Desta forma, acredita-se, então, que o parto humanizado sendo um conjunto de condutas e procedimentos que visam a sua promoção e a do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, cujas condutas baseiam-se essencialmente na concepção de que ele não é doença e no respeito à dignidade e liberdade da mulher como condutora de seu próprio processo de parturição, cabe a ela escolher onde, como e com quem (profissional) quer realizar seu parto (BRASIL, 2001).

A mulher deve ser encorajada a conhecer seu corpo, observar a dinâmica uterina, controlar a respiração e até mesmo compreender a dor como parte integrante do processo do nascimento de seu bebê. A humanização visa, além da tentativa de despertar esse tipo de consciência, busca valorizar a relação entre as pessoas tentando fortalecer o vínculo do novo membro com a família (MENEZES; DIAS, 2012).

De acordo com Diniz (2005) a humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de proposta de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços, conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes.

No que diz respeito à humanização do parto, Prizskulnik e Maia (2009) informam quais os cuidados que devem ser dedicados à parturiente. Estes serão elencados nos tópicos abaixo, pois considero relevante que as gestantes tenham conhecimento destas práticas de cuidados e alguns deles já são amparados por lei.

2.3 Assistência ao Parto

O Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569, de 1/6/2000 afirma que a humanização seria receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, exercendo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais, de modo a criar um ambiente acolhedor e

a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Evitar práticas intervencionistas desnecessárias, que não beneficiam a mulher e o recém-nascido pode acarretar com frequência, maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

O papel que a mulher ocupa na Humanização do parto é o diferencial, pois durante o pré-natal, com as palestras e orientações, ela é preparada para ser agente durante o procedimento do parto, ela é protagonista decidindo junto ao médico qual o tipo de parto é indicado e quem ela deseja que a acompanhe. O enfermeiro é o profissional que se coloca ao lado desta mulher, na prestação de cuidados e suporte emocional (DIAS; et al, 2009).

De acordo com CONFEN 2008, com a resolução n. 339, aprovado pelo plenário do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), fica normatizado a atuação e responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos Centros de Parto normal ou Casas de Partos (BRASIL, 2008).

Segundo Selbach (2009), o enfermeiro está habilitado a conduzir o parto, ou seja, realmente ‘fazer’ o parto. Isto ocorre em consideração à natureza puramente natural e fisiológica do processo.

A mesma relata que durante o trabalho de parto, o enfermeiro pode examinar a gestante verificando suas contrações dilatações e outras alterações fisiológicas do organismo, devendo também saber discernir entre alterações patológicas, onde deverá imediatamente encaminhar a gestante para cuidados médicos. Além disso, o enfermeiro obstetra está habilitado a realizar episiotomia e episiorrafia com anestesia, já que o mesmo é capacitado e treinado para tal.

Em relação ao respeito e a privacidade da mulher e a escolha do acompanhante, a Lei nº 11. 108, de 07 de abril de 2005, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL; 2013).

Já a Lei nº 12.895/13 obriga os hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) ou conveniados a manter, em local visível, aviso de que as gestantes têm direito a acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL; 2013).

O acompanhante é indicado pela própria parturiente – na maioria das vezes é o pai da criança ou a mãe da gestante. Isso garante maior agilidade porque a gestante terá alguém que possa chamar um médico ou fiscalizar a questão das agressões, de qualquer abuso.

Na falta de acompanhante, oferecer a possibilidade de acompanhamento por *doulas*, que são mulheres voluntárias e disponíveis para auxiliar a parturiente durante o trabalho de parto e que já tiveram experiência de parto natural.

Destaco também alguns cuidados durante o trabalho de parto e parto, como:

- Incentivo à oferta de líquidos: Oferecer líquidos adoçados desde que não haja contra indicação para tal, por via oral para prevenção de episódios de hipoglicemia, até o momento em que a mulher entra em franco trabalho de parto (PRISZKULNIK, 2009);
- Oferta de suporte emocional empático: prestar informações sempre que necessário e sempre que a paciente e/ou acompanhantes e familiares solicitarem (PRISZKULNIK, 2009);
- Redução da realização de episiotomia: respeitar o direito da mulher à realização ou não da episiotomia, por se tratar de uma incisão do períneo nem sempre é obrigatória (PRISZKULNIK, 2009);
- Clampeamento tardio do cordão umbilical: cortar o cordão umbilical somente após a parada dos batimentos, ou seja, da pulsação do cordão. Segundo (FAVERO, 2012) o clampeamento tardio do cordão umbilical resulta em maiores estoques de ferro nas crianças de 4 meses de idade e menor prevalência de anemia neonatal, sem efeitos adversos importantes. Como a carência de ferro pode acarretar problemas significativos no desenvolvimento neurológico, a simples realização da ligadura tardia do cordão no momento do parto pode beneficiar milhares de crianças em fase de crescimento tanto em regiões de alta como de baixa prevalência da deficiência do mineral;
- Incentivo a posição não-supina: Não existe evidência que justifique a permanência das mulheres em posição dorsal durante o trabalho de parto. As gestantes devem ser estimuladas a se movimentar e a adotar posições verticalizadas que sejam confortáveis para ela, sem a interferência dos profissionais de saúde. Provavelmente a gestante mude de posição diversas vezes durante o trabalho de parto, já que nenhuma posição é confortável por muito tempo, sendo a dor geralmente um parâmetro na busca de novas posições, a fim de facilitar a descida do feto (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

- Promoção do alívio da dor por meios não-farmacológicos e/ou invasivos: utilizar-se de massagens, técnicas de relaxamento, banhos de imersão e outros procedimentos indicados para tal (PRISZKULNIK, 2009);
- Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida: prevenir episódios de hipotermia do neonato; favorecer a amamentação na primeira hora, o que irá garantir o bem estar fetal e a liberação endógena de ocitocina, que irá promover toda a fisiologia necessária à mulher nesta fase (PRISZKULNIK, 2009) .

Diante do exposto, acredito que a proposta de criação de uma cartilha para as gestantes englobando os temas acima descritos, é de grande valia e facilitadora do processo educativo, sendo de fácil compreensão e acesso às gestantes. O foco nos cuidados da assistência ao parto humanizado é pra tranquilizar, orientar e incentivar a prática do parto normal humanizado às gestantes, contribuindo desta forma sobre as novas propostas de humanização do parto e suas práticas orientadas pela Organização Mundial de Saúde – OMS e Ministério da Saúde - Rede Cegonha, fortalecendo a redução dos índices de cesáreas.

3 MÉTODO

3.1. Tipo do Estudo

Este estudo constitui-se como uma tecnologia de concepção, ou seja, uma proposta de projeto de intervenção, cujo objetivo é propor a elaboração de uma cartilha educativa voltada às gestantes, constando informações referentes à nova proposta do Parto Humanizado e suas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde através da Rede Cegonha, contribuindo para a redução dos índices de cesáreas.

Busca-se nesta pesquisa produzir uma cartilha educativa destinada à utilização no SUS, que possua as características de correspondência às demandas das próprias gestantes e seja validada, tanto pelos profissionais como pelas gestantes. Estima-se que a existência de um material educativo poderá contribuir para servir de apoio no atendimento dessas demandas, no que diz respeito à obtenção de informações relativas à experiência do parto humanizado, de maneira a subsidiar suas escolhas, de forma adicional aos seus próprios recursos e dos meios disponibilizados pela assistência pré-natal e da comunidade.

3.2. Cenário do Projeto de Intervenção

Segundo Roraima (2012a), a população roraimense recenseada no ano de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE contabilizou 450.479 habitantes dos quais; 228.859 (50,8%) são homens e 221.620 (49,2%) são mulheres. Em relação ao total das pessoas residentes em 2010, observa-se alta concentração nas zonas urbanas (76,6% ou 344.859 hab.) em relação as zonas rurais (23,4% ou 105.620 hab.). Considerando a população urbana total do Estado o município de Boa Vista (Capital), atingiu 80,55% ou 277.799 hab. desse total. Na capital encontra-se o centro mais dinâmico do Estado, ofertando maior quantidade de bens e serviços públicos e privados. As implicações dos movimentos demográficos ocorridos historicamente no período recente impõem novos desafios ao poder público e a outros atores relevantes, acentuando com isso os compromissos das esferas governamentais para o equacionamento de potenciais problemas de saúde. Ainda a população residente estimada para o ano de 2012 foi de 469.524 residentes (IBGE, 2010).

Ainda conforme Roraima (2012a), quanto ao indicador de saúde materna, a Tabela 1 faz referência a mortalidade materna que é o número de óbitos de mulheres devido a complicações da gravidez, do parto e do puerpério, observados durante um determinado período de tempo - normalmente, 1 ano civil.

Tabela 1 - Números notificados de mortalidade materna declarados em Roraima (2007-2011)

ABRANGÊNCIA	INDICADOR	GRUPO ETÁRIO	ANO	ÓBITOS NOTIFICADOS
Estadual	Óbito de mulheres declarados	Todos	2007	12
			2008	09
			2009	10
			2010	01
			2011	04

Fonte: SIM – Sistemas de Informações sobre Mortalidade – 2007 até Jan. de 2012 Edição SESA-RR/CGPLAN

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) é de grande porte e alta complexidade. É o único Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) do setor público que realiza atendimentos em regime de internação, urgência/emergência, serviços de apoio, diagnóstico, terapia aos internados (SADT) e procedimentos cirúrgicos específicos em ginecologia, obstetrícia e neonatologia (atendimento ao recém-nascido com até 28 dias). Apesar

dessa Referência, esta unidade hospitalar não dispõe de UTI materna, ficando na responsabilidade do Hospital Geral de Roraima os procedimentos e acompanhamento da gestante ou puérpera que precisam de tratamento intensivo (RORAIMA, 2013).

O Hospital Geral de Roraima é vinculado à Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência – CGUE e parte integrante da Secretaria de Estado da Saúde desde sua inauguração no primeiro semestre de 1991. É o único hospital de referência do Estado de Roraima capacitado para atender os procedimentos médicos hospitalares de média e alta complexidade. Também é referência para os 15 municípios do Estado, bem como para área indígena e os países fronteiriços (República Bolivariana da Venezuela e a República Cooperativista da Guiana Inglesa). Os Hospitais particulares também utilizam os serviços do SUS quando necessário (RORAIMA, 2013).

Atualmente ambas as Unidades Hospitalares estão empenhadas na adequação em busca da melhoria da atenção Humanizada ao Parto e Nascimento, em conformidade com o que está preconizado na Portaria 1.459, de 24.11.2011, a qual institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha (RORAIMA, 2013).

Atualmente, o HMINSN conta com 220 leitos, sendo assim distribuídos: 38 leitos divididos entre UTIN/UCINCO e UCINCA, 42 leitos de ginecologia, 64 leitos de alojamento conjunto, 23 leitos Centro de Parto Normal, 39 leitos Gestação de Alto Risco, 12 leitos de Centro Cirúrgico e 02 leito para o Acolhimento. Esta instituição é a única referência para atendimentos em regime de internação, urgência/emergência, serviços de apoio, diagnóstico, terapia aos internados (SADT) e procedimentos cirúrgicos específicos em ginecologia, obstetrícia e neonatologia (RORAIMA, 2013).

De acordo com Roraima (2012b), as principais causas de internação no Estado de Roraima estão representadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Internações Hospitalares por Local de Residência por Causa em Roraima, 2010.

Capítulo CID-10	Internações	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.373	10,81%
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,354	4,33%
X. Doenças do aparelho respiratório	3.171	10,16%
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.085	6,68%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2.352	7,53%

XV. Gravidez, parto e puerpério	9.049	29%
XIX. Lesões enven. e algumas outras conseqüências externas	2.474	7,92%
Outras Causas	7.341	23,52%
Total	31.199	100%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Do número total de internações, observa-se que a maior parte, 9.049 (29%) são internações por gravidez, parto e puerpério, seguidas por outras causas (23,52%). Acredita-se que esse número elevado deve-se aos seguintes fatores (Roraima, 2012b):

- Baixo grau escolaridade e as condições sócio-econômicas das mulheres prejudica a atenção ao ciclo gravídico.
- Dificuldade de acesso às UBS nos municípios.
- Deficiência do sistema de referência e contra-referência.
- Grande rotatividade dos profissionais nos municípios do interior.
- Fragilidade da Estratégia Saúde da Família.

Segundo os dados do SINASC/NSIS/DVS/CGVS/SESAU-RR, referente aos tipos de parto as taxas de cesarianas em Roraima, incluindo os serviços públicos e privados, têm variado de 31,66% em (2.011) a 35,20% (2.013), conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Nascimentos por Tipo de Parto em Roraima (2010 – 2013).

Ano	Parto Vaginal	Parto Cesário	Não informado	% de cesárias
2010	12.502	6.950	2	35,72%
2011	13.612	6.312	10	31,66%
2012	13.336	6.650	8	33,22%
2013	13.402	7.298	14	35,20%

Fonte: SINASC/NSIS/DVS/CGVS/SESAU-RR

Tendo em vista esboço deste panorama, reflete-se a necessidade de realização de práticas educativas adequadas, com conteúdo significativo e de fácil compreensão, do ponto de vista das gestantes e seus acompanhantes, visando corroborar na melhoria dos índices de cesáreas para o

Estado de Roraima e fortalecimento das ações e práticas preconizadas no Programa da Rede Cegonha do Ministério da Saúde.

3.3 Proposta do Projeto de Intervenção

O processo de elaboração da cartilha será composto por três etapas consecutivas (Figura 01), conduzida por um determinado período.

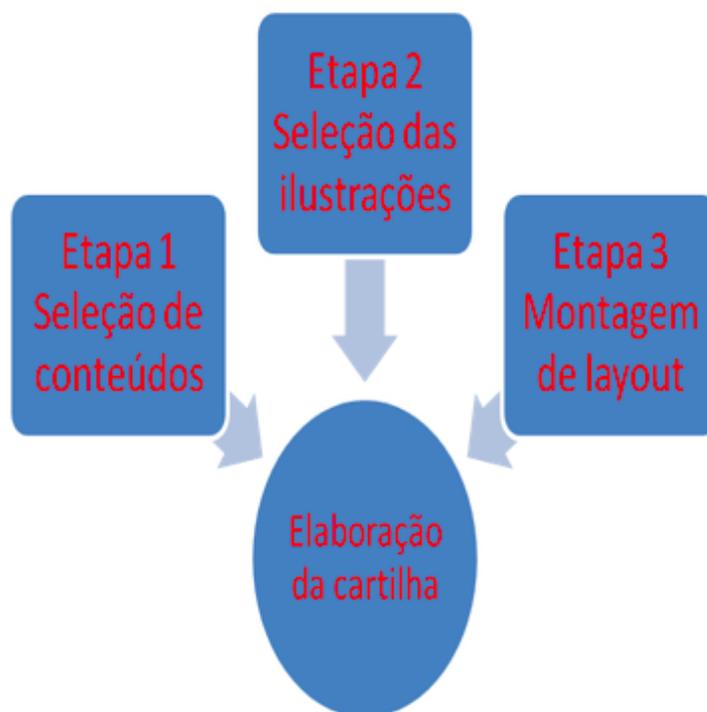


Figura 01 – Processo de Elaboração da Cartilha

Na primeira etapa o conteúdo da cartilha será composto tendo como base as demandas das gestantes e de seus maridos e/ou acompanhantes. Eles serão identificados no decorrer do desenvolvimento de um grupo de gestantes. Posteriormente, será realizada uma seleção dos conteúdos que serão utilizados na construção da cartilha. Para isso será realizado uma revisão de Literatura narrativa com uma busca de textos através das bases de dados: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), biblioteca digital de teses e dissertações da USP, Portal da Atenção Básica e livros textos relacionados ao tema.

O material recrutado será dividido em três áreas temáticas:

- a) Histórico da assistência ao parto,
- b) Educação em saúde, profissional enfermeiro, pré-natal,
- c) Cuidados na assistência ao parto.

Em seguida, os dados serão organizados e sintetizados em um quadro contendo algumas informações como: título do artigo, periódico, tipo de método do estudo, autores, ano de publicação, resultados e discussão, considerações do estudo. Após este procedimento realizarei o fichamento do material, contendo o resumo do estudo, seguindo com a estruturação do trabalho. A reunião sistemática do material selecionado e a análise dos conteúdos contribuirão para o levantamento de informações importantes no desenvolvimento do estudo para o alcance dos objetivos propostos, compondo a análise das ações e cuidados da assistência ao parto normal humanizado preconizado pelo OMS e Ministério da Saúde, sendo selecionados aspectos relevantes para comporem a cartilha educativa, considerando o elevado índice de cesáreas e suas complicações, e quais ações o profissional enfermeiro pode subsidiar para reduzir a incidência de cesáreas e recuperar o parto normal.

Todo o processo de construção da cartilha será permeado pela atenção voltada à adequação da linguagem. Este trabalho se caracterizará pela identificação dos termos técnicos e a transformação deles para a linguagem popular, de modo a facilitar compreensão da cartilha por suas usuárias. O cuidado em relação à adequação da linguagem, no sentido de facilitar sua compreensão, é importante nos trabalhos relacionados à educação e promoção da saúde.

Na segunda etapa, para tornar a cartilha mais atrativa e dinâmica para as gestantes serão selecionados ilustrações em sites de busca da internet que se relacionam com as informações que estarão contidas na cartilha. Será feito uma busca de figuras de casais demonstrando afeto, carinho mútuo, como também gestante em diversas posições de parto normal, sendo algo que possa acalmar e dar segurança para gestante no momento do parto.

A terceira etapa refere-se a montagem do layout. Nessa etapa ocorrerá o agrupamento das informações com as ilustrações coletadas. Procurando propiciar à leitora uma leitura interessante, de fácil entendimento associada a uma estrutura visual atrativa.

Depois de concluída a cartilha, será realizado um teste piloto com o seu uso na unidade básica de saúde, que possuam grupo de gestantes utilizando-se da metodologia participativa possibilitando avaliar se o conteúdo desenvolvido está em conformidade com os interesses dos participantes (gestantes e profissionais enfermeiros).

A cartilha educativa poderá ser utilizada por profissionais e estudantes da saúde como instrumento para educação em saúde das gestantes que realizam pré-natal na atenção básica e para as que não realizaram pré-natal e se encontram na maternidade em trabalho de parto

4 RESULTADO E ANÁLISE

Pretende-se com a criação desta cartilha melhorar a comunicação durante a atenção pré-natal e assim promover a saúde da gestante, servir como recurso para o fortalecimento das potencialidades das gestantes e seus familiares, a fim de fornecer um suporte para que se sintam apoiados em suas necessidades e encorajadas pra prática do parto normal. Destina-se a ser um recurso amplamente utilizado pelos usuários do SUS. Este será o objetivo que se propõe alcançar, mediante a sua ampla disponibilização por meio da obtenção de recursos em instituições governamentais públicas ou empresas privadas.

Revela-se, com a produção desses tipos de cartilhas, uma compreensão da mulher como detentora de inúmeras potencialidades, dentre elas a gestação e a maternidade, momento esse, permeado de direitos que devem ser respeitados.

Pressupõe-se que o exercício da cidadania acontece mediante a participação e o controle social. Para lutar por seus direitos, as mulheres deveriam ter facilidade de acesso aos manuais e cartilhas que, juntamente com atividades de promoção à saúde possam contribuir para a garantia do cuidado adequado da saúde na gestação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a elaboração de uma tecnologia de concepção, ou seja, uma proposta de projeto de intervenção, cujo objetivo é propor a elaboração de uma cartilha educativa voltada às gestantes do Estado de Roraima.

A construção de um material educativo, como a cartilha, irá contribuir para orientar as mulheres sobre a importância da prática do parto normal, das mudanças de paradigmas do modelo hospitalocêntrico tão amplamente usado no processo de parir. A cartilha constará informações da nova proposta da Rede Cegonha que visa humanizar estas práticas no contexto do pré-natal, parto e puerpério, utilizando-se de linguagem fácil e dinâmica, com escrita e ilustrações dos assuntos abordados, atingindo todas as gestantes, independente do grau de instrução.

A divulgação de tecnologias para educação em saúde tem-se mostrado de grande relevância. Diante disso pretende-se posteriormente submeter a cartilha para avaliação das gestantes e profissionais enfermeiros para sua validação, e assim, possa ser utilizada na promoção da saúde da população gestante.

Vale ressaltar que a educação em saúde é fundamental para garantir a promoção da saúde materna. A proposta de elaborar uma cartilha educativa foi recomendada para potencializar as ações da Rede Cegonha na única Maternidade de Estado de Roraima (HMINSN). Os dados levantados permitiram estabelecer orientações adequadas sobre a proposta do parto normal humanizado e os cuidados das boas práticas obstétricas preconizados na Rede Cegonha do Ministério da Saúde. Torna-se importante assinalar que a cartilha educativa, deve ser amplamente discutida com a equipe de saúde e todas as pessoas envolvidas na assistência ao pré-natal, visando redução dos índices de cesáreas no Estado, bem como redução dos riscos de morbimortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na Saúde Suplementar. 2006 [citado 2006 mar 20]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp> Acesso em: 02 abr. 2014.

BADER, T. J. Segredos em Ginecologia e Obstetrícia. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BETRÁN, A.P; Merialdi, M.; Laufer, J.A.; et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007 Mar; 21(2):98-113.

BRAGA, L. F. Cesariana - uso e abuso: Fatores da América do Sul e Brasil. Femina, v.16, n.12, dez. 1988. p.1118-22

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, 01 de junho de 2000. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 14-19.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestaçã de Alto Risco Manual Técnico. 5. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. São Paulo: Globo, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Rede Cegonha dará atendimento à mulher da gravidez até o segundo ano do bebê. Blog do Planalto, 28 de março de 2011b. Disponível em: <<http://blog.planalto.gov.br/rede-cegonha-dara-atendimento-a-mulher-da-gravidez-ate-o-segundo-ano-do-bebe/>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Rede Cegonha. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. Acesso em: 21 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Rede Cegonha. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816>.

Acesso em: 03 abr. 2014.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. Assistência ao parto normal no domicílio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 9, n. 6, Ribeirão Preto: nov. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000600011&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 19 jul. 2009.

DIAS, G.; CARVALHO, J. K. C.; SILVA, S. K.; MENDES, T. T. Atuação do profissional enfermeiro: recuperando o parto normal. Biblioteca Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2009. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Atuacaodoprofissionalenfermeirorecuperando partonormal.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2014.

DINIZ, C.S.G. Os desafios da mudança: expectativas e satisfação de usuárias e profissionais frente à humanização do parto. Relatório de pesquisa de pós-doutorado. Fapesp/CEMICAMP.(Mimeo), Campinas, 2004.

DUGAS, B. W. *Enfermagem Prática*. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.526p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>>

GONÇALVES, A. K.; Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da via de parto. Biblioteca Universidade Estadual Mato Grosso do Sul. Dourados, 2009. Disponível em: <http://www.uems.br/portal/biblioteca/repositorio/2011-08-31_14-29-44.pdf>. Acesso: 08 abr. 2014.

GUALDA, D. M. R. Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto. 1993. 238 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1993. São Paulo, 1993.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Trad. Eliane Mussmich. ed. 2. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MARTINS-COSTA, S. H; RAMOS, J. G. L.; SALAZAR, C. C. Cesariana. In: FREITAS, F. et al. *Rotinas em Obstetrícia*. 6. Ed. Porto Alegre: Artmed. Cap. 26, p. 390-410.

MENEZES, M. G. B; DIAS, D. F. S. A humanização do cuidado no pré-parto e parto. *Revista Digital FAPAM*, Pará de Minas Gerais, n.3, 24-36, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.fapam.edu.br/revista/volume3/4%20Marisa%20Daniella%20-024%20A%2036.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2014.

OSAVA, R.H. Estudo das representações sociais do parto entre enfermeiras de maternidade do município paulista [dissertação]. Ribeirão Preto: Univ. São Paulo, 1990.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 33, n. 01, 2009.

REA, M. F. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. In: BERQUÓ, E. (org). *Sexo e vida: Panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância Sanitária. Divisão de Vigilância Sanitária. Núcleo de Sistema de Informação à Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. SINASC/NSIS/DVS/CGVS/SESAU-RR. Disponível em: <<http://www.saude.rr.gov.br/index.php/sistemas-sesau/sistema-tabnet>> Acesso em: 20 abr. 2014.

RORAIMA, Coordenadoria Geral de Planejamento. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Boa Vista: Boa Vista: SESAU/CGPLAN – RR, 2012a. 805p.

RORAIMA, Coordenadoria Geral de Atenção Básica, Núcleo de Ações Programáticas de Saúde da Mulher. Plano de Ação Estadual da Rede Cegonha. Boa Vista: SESAU/CGAB, 2012b. 49p.

RORAIMA, Coordenadoria Geral de Atenção Básica, Núcleo de Ações Programáticas de Saúde da Mulher, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré. Plano de Ação para Aplicação de Recurso da Rede Cegonha (Componente Parto e Nascimento). Boa Vista: SESAU/CGAB/HMINSN, 2013. 12p.

SAKAEL, T.M.; FREITAS, T.S.; DÒRSI, E. Fatores associados à taxa de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009 Jun; 43(3):472-80.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enfermagem*. V.18, n.4, Florianópolis.out./dez. 2009.

SCHIRMER, J.; BARBIERI, M.; GABRIELLONI, M. C.; FUSTINONI, S. M. Incentivando o parto normal. In: BARROS, S. M. O. de; MARIN, H. de F.; ABRÃO, A. C. F. V. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial*. São Paulo: Roca, 2002. p. 203-210.

SESA. Secretaria de estado de saúde do Paraná. Boletim epidemiológico. 20 anos comitê estadual de prevenção da mortalidade materna. 10 anos comitê estadual de prevenção de mortalidade infantil. Edição 30, 2009.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.D.G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, set-out, 2004.

TEDESCO, R. P.; FILHO, N. L. M.; MATHIAS, L.; BENEZ, A. L.; CASTRO, V. C. L.; BOURROUL, G. M.; REIS, F. I. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v.26, n.10, nov-dez, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006>>.

Acesso em: 05 mar. 2008.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492. 2002. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2011.

VIGGIANO, M. G. C.; CUNHA M.G.C.; MORAES, V. A de; GOFFI, P. S.; VITELLO, N; CUNHA, F.C. O aumento do índice de cesarianas. *Femina*, v.10, n.9, set. 1982. p. 717 -18.