



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

SELMA SANTANA DE JESUS

PARTO HUMANIZADO: desafios de uma política em construção

CACHOEIRA/BA

2018

SELMA SANTANA DE JESUS

PARTO HUMANIZADO: desafios de uma política em construção

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Serviço Social, da universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço social.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia de Oliveira Pereira.

CACHOEIRA/BA

2018

SELMA SANTANA DE JESUS

PARTO HUMANIZADO: desafios de uma política em construção

Cachoeira – BA, aprovada em 8 de maio de 2018

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Silvia de Oliveira Pereira
(Orientador – UFRB)



Prof. Ms. Marcia da Silva Clemente
(Membro Interno – UFRB)



A.S. Mayse de Oliveira Andrade
(Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu grandioso Deus, que nunca me desamparou em cada dia da minha existência, que me fortaleceu nessa jornada nada fácil e que me fez persistir sempre até quando eu mesma desacreditava do meu potencial. Obrigado Senhor!

A minha mãe Alzira pela dedicação e excesso de preocupação comigo;

Ao meu saudoso pai, Nestor, que está torcendo por mim, onde ele estiver;

A cada integrante da minha preciosa família, carinhosamente chamada: “Família Buscapé” que direto ou indiretamente contribuíram nessa jornada;

A minha supervisora acadêmica Albany Mendonça e minha supervisora de campo Itamara Braz pela rica contribuição nessa jornada de estagio que sem dúvidas me fez conhecer o Serviço Social na prática cotidiana.

Aos meus colegas da turma SESO 2013.1, em especial minhas amigas de todas as horas Josiane, Maria José, Cristiane e Luciana que sempre estiveram do meu lado me apoiando, me dando palavras de incentivo;

Aos Mestres do Curso de Serviço Social por contribuir ricamente para minha formação acadêmica;

Meu muito obrigado a minha orientadora Silvia Pereira, pela dedicação, paciência, por cada conhecimento que a mim foi transmitido, por cada palavra de incentivo, pela sua incansável dedicação ao Curso de Serviço Social. Meu muito obrigado Pró Silvia;

Por fim obrigado a todos que estiveram presentes nessa minha jornada, contribuindo direto ou indiretamente para minha formação.

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CPN – Centro de Parto Normal

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

RC – Rede Cegonha

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 01- Unidades de Saúde do município de Governador Mangabeira

Tabela02- Cobertura da Atenção Básica-Governador Mangabeira

Gráfico 01- Unidades de referência no encaminhamento das gestantes em trabalho de Parto segundo informações da Unidade de Pronto atendimento de Gov. Mangabeira

Tabela03- Município de Governador Mangabeira/Informações sobre nascimento.

Gráfico 02- Informações sobre nascimento/Governador Mangabeira 1999-2008

Tabela 4- Número de partos vaginal ocorrido em hospital.

Tabela 5- Número de partos vaginal ocorrido em outro estabelecimento de saúde

Tabela 6- Número de partos vaginal ocorridos em domicilio

Tabela 7- Número de partos vaginal ocorrido em outro local

Tabela 08- Número de partos cesáreo ocorrido em unidade hospitalar

Tabela 09- Número de partos cesáreo ocorridos em outro local

Tabela 10-Partos ocorridos 2008

Tabela 11- Nascidos vivos por local de residência da mãe por via vaginal em hospital e outros estabelecimentos de saúde entre 2012 e 2016/ Governador Mangabeira

Tabela 12- Nascidos vivos por residência da mãe por via vaginal em domicilio e outro local/ Governador Mangabeira 2009-2016

Tabela13- Nascidos vivos por residência da mãe por procedimento cesariana em hospital e outros estabelecimentos de saúde entre 2009 e 2016/ Governador Mangabeira

Tabela14- Parto normal e parto normal em gestação de alto risco por local de residência/ Governador Mangabeira 2009-2016

Tabela 15- Parto cesariano e cesariano em gestação de alto risco por local de residência Governador Mangabeira 2009-2016

RESUMO

Este trabalho objetiva discutir a rede de assistência ao parto e nascimento. De maneira a responder a seguinte questionamento: Como estão se configurando as redes e políticas de assistência ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde (SUS), traçando o percurso histórico das práticas em torno do nascimento assim como tecendo um panorama das políticas que conduzem a atenção obstétrica no Brasil e no pequeno município de Governador Mangabeira, cidade com 21.435 habitantes, situado no Recôncavo Baiano, tomado como objeto de estudo na composição desta pesquisa de forma a perceber o alcance das políticas de assistência ao parto em pequenos municípios. De maneira a verificar a efetivação das políticas, programas e portarias voltadas para a humanização na atenção ao parto, assim como os avanços e desafios do Programa de Humanização do Pré-Parto e Nascimento (PHPN), as contribuições do Programa Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) e as perspectivas da estratégia da Rede Cegonha. Deste modo que para essa pesquisa foi utilizado o método de análise exploratória de dados obtidos através de fontes secundárias foi utilizado informações do banco de dados do Ministério da Saúde através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com fonte de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), também se utilizou dados do IBGE, além do aporte teórico fornecido pela seleção de artigos, teses e monografias retiradas de revistas eletrônicas e plataformas digitais: SciELO, Redalyc, Repositórios, LILACS, que permitiu a percepção dos vários desafios a serem superados na assistência obstétrica no país, que coloca o Brasil como recordista em números de cesarianas atingindo 46% dos partos na rede pública e 88% na rede privada o que contrapõe as determinações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que estabelece um percentual máximo de 15% de partos cesáreos. O estudo buscou conhecer os inúmeros desafios acerca da efetivação das políticas que visam melhorias das práticas e nos serviços de assistência obstétrica que buscam promover a assistência humanizada a gestantes e neonatos.

Palavras-Chave: Parto; Políticas de Humanização do Parto; SUS; Rede Cegonha;

ABSTRACT

This paper aims to discuss the care network at birth and birth. In order to answer the following questioning: How are the networks and policies for childbirth and birth care in the Brazilian Unified Health System (SUS), tracing the historical trajectory of practices around birth as well as providing a panorama of the policies that lead obstetric care in Brazil and in the small municipality of Governador Mangabeira, a city with 21,435 inhabitants, located in the Recôncavo Baiano, taken as object of study in the composition of this research in order to understand the scope of care policies in small municipalities. In order to verify the effectiveness of policies, programs and ordinances aimed at the humanization of childbirth care, as well as the advances and challenges of the Pre-Childbirth and Birth Humanization Program (PHPN), the contributions of the National Comprehensive Assistance Program (PNAISM) and the perspectives of the strategy of the Stork Network. Thus, for this research was used the method of exploratory analysis of data obtained through secondary sources was used information from the database of the Ministry of Health through the Department of Information Technology of SUS (DATASUS), with data source of the Information System (SIH / SUS), Information System on Live Births (SINASC), IBGE data were also used, in addition to the theoretical contribution provided by the selection of articles, theses and monographs taken from electronic journals and digital platforms: SciELO, Redalyc , Which allowed the perception of the various challenges to be overcome in obstetric care in the country, which places Brazil as a record player in cesarean sections reaching 46% of deliveries in the public network and 88% in private networks, which contraposes determinations of the World Health Organization (WHO) that establishes a maximum percentage of 15% of cesarean deliveries. The study sought to know the numerous challenges regarding the effectiveness of policies aimed at improving practices and obstetric care services that seek to promote humanized care for pregnant women and newborns.

Keywords: Childbirth; Humanization Policies of Childbirth; SUS; Stork Network;

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. PARTO: ASPECTOS HISTORICOS E CULTURAIS	4
3. PARTO E NASCIMENTO INCORPORADO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	11
3.1. Humanização do parto e nascimento no Brasil	17
3.2. Assistência obstétrica em um pequeno município do Recôncavo Baiano	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
5. REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

Há aproximadamente mais de um século o parto deixou de ser um evento puramente fisiológico, pertencente a esfera e conhecimento feminino, carregado de simbologias e de expressões culturais, para adentrar no campo da ciência médica.

O que antes pertencia a esfera privada passa a engendrar um novo modelo de assistência obstétrica “dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas pública”(MAIA, 2010, p. 13). De modo que esse modelo de assistência descaracterizou a subjetividade feminina de forma traumática. De acordo com Souza e Dias (2010) as ocorrências em torno do processo de parto e nascimento no domínio hospitalar denota uma arena de ameaças, violência, sofrimentos e frustrações que impede a mulher de transformar sua experiência em algo prazeroso, satisfatório e saudável.

“O parto hospitalar, realizado por médico com o apoio de um intenso aparato tecnológico e fármaco-químico, nos moldes de uma linha de montagem taylorista, tem se tornado o modelo predominante, quando não hegemônico, de assistência ao parto”(MAIA, 2010, p. 36).

A institucionalização do parto e nascimento segue atrelado ao excesso de intervenções desnecessárias que acaba por transformar o parto em um procedimento arriscado quando a este é adotado técnicas extremamente invasivas como a cesariana desnecessária, assim como outras manobras abusivas adotadas no trabalho de parto a exemplo da manobra de Kristeller e da episiotomia. De modo que essas intervenções além de tornar o parto mais doloroso e traumático, pode levar a complicações irreversíveis para mãe e bebê.

A assistência obstétrica no Brasil assume um caráter extremamente intervencionista e medicalizante, embora haja esforços no sentido de melhorar as práticas em torno da parturição. O modelo de assistência obstétrico vigente supervaloriza a ótica do uso excessivo de tecnologias em detrimento a um modelo de atenção qualificada e preventiva(SOUZA, 2010).

A institucionalização e os excessos de intervenções adotados na parturição colocou o país no lugar de recordista em taxas de cesarianas, sendo que, dos 52%

de cesarianas no Brasil 46% acontece na rede pública e 88% na rede privada segundo dados da pesquisa(NASCER NO BRASIL, s.d.).

No intuito de melhorar esse cenário da assistência ao parto algumas iniciativas vêm sendo adotadas através de programas, políticas e portarias ministeriais voltadas a esta temática. De modo que se propõe uma reestruturação das práticas obstétricas no país, bem como redesenhamento do modelo de atenção ao parto e nascimento fortalecendo a proposta de Humanização do parto. Nesse sentido o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde em 2000 através da Portaria/GM nº 569 de 1/6/2000 surge como precursor desse ideário de humanizar o parto. O programa propõe assegurar a melhoria no acesso, na cobertura e qualidade da atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério. (BRASIL,2002).

O PHPN preconiza que toda gestante possui o direito ao acesso e ao atendimento digno durante todo período gravídico e puerperal. O que pressupõe que a mulher tem direito ao pré-natal de qualidade com aporte necessário para o bom andamento da gestação e parto e esse processo transcorre nas unidades de atenção primárias como as Unidade de Saúde da Família (USF) e hospitais especializados. No entanto a humanização da assistência obstétrica perpassa por um cenário desmistificado, que é o cenário institucionalizado, tecnocrático e medicalocêntrico que envolve o nascimento e que inviabiliza a efetivação das políticas(MAIA, 2010).

Nesse sentido, este estudo buscou analisar as configurações das redes e políticas de assistência ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde- SUS, tendo em vista que a proposta de humanização do parto pressupõe uma política ainda em construção diante dos vários desafios enfrentados no setor público de saúde. De modo que os avanços nas ações voltadas para a saúde da mulher em quanto protagonista e detentora de direitos tem como precursor as várias lutas de movimentos em prol do direito a assistência integral e igualitária de saúde. O que propõe conseqüentemente mudanças no modelo de atenção obstétrica pautado nos altos índices de mortalidade materno-infantil. E no intuito de responder como estão se configurando a rede e as políticas de assistência ao parto e nascimento no SUS é que esse estudo se estende.

Considerando a motivação vinda do processo de convivência e aprendizagem adquirido no estágio supervisionado II ocorrido na Secretaria de Assistência Social,

Igualdade Racial e Esporte da cidade de Governador Mangabeira, onde foi possível ter contato com grupos de mulheres grávidas acompanhadas pela instituição. Em encontros promovidos pela secretaria era possível conhecer a realidade, anseios e aflições de cada gestante, que expressava seus medos em torno do processo parturitivo, seja no trabalho de parto, seja no acesso aos serviços de saúde, no momento de terem seus filhos ou do desconhecimento das políticas e normativas que lhes garantem assistência integral no período gestacional e puerperal, assim como acompanhamentos de seus filhos.

Para nortear este estudo foi utilizado o método de análise exploratória de dados obtidos através de fontes secundárias, que de acordo como explica Gil:

“A pesquisa exploratória têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”(GIL, 2008, p. 27)

Neste sentido afim de discutir a efetivação das políticas, programa e portarias voltadas para a humanização na atenção ao parto, assim como os avanços e desafios do Programa de Humanização do Pré-Parto e Nascimento (PHPN), as contribuições do Programa Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) e as perspectivas da estratégia da Rede Cegonha. Fez se necessário o levantamento do banco de dados do Ministério da Saúde através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com fonte de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), também se utilizou dados do IBGE, o estudo contou ainda com o levantamento bibliográfico utilizando artigos, teses e monografias retiradas de revistas eletrônicas e plataformas digitais: SciELO, Redalyc, Repositórios, LILACS.

O trabalho está dividido em três capítulos: capítulo introdutório I, capítulo II onde se discute o parto e seus aspectos históricos e culturais, e por fim no capítulo III se analisa o parto e nascimento incorporado ao SUS.

2. PARTO: ASPECTOS HISTÓRICOS E CULTURAIS

Entender o advento do parto, em sua particularidade requer o aprofundamento na sua dimensão sócio histórico, algo para além da fisiologia humana e animal. Ao parto são agregados valores, simbologias e variados contextos que partiram das transformações históricas, sociais e políticas vividas pelos seres humanos.

Sabe-se que as espécies se perpetuam através da procriação e para a espécie humana a reprodução apresenta características sociais e culturais, construídas ao longo da história que se alinham à questão de gênero. Pode-se afirmar que o gestar e o parir para a mulher ocidental no século XXI representa mudanças físicas às quais são acrescentadas questões emocionais e de ordem social e política dada a questão do acesso a assistência à saúde. Neste sentido pode-se entender que:

“O parto e nascimento são eventos a um só tempo biológico, cultural e individual: mulheres dão à luz de formas diferenciadas, conforme o contexto histórico em que vivem sua cultura particular e experiências pessoais” (TORNQUIST, 2004, p. 65).

Deve-se destacar desta afirmação que cada parto possui sua singularidade e expressões culturais e sócio histórico, de modo que a parturição se torna um evento no qual a mulher em tese deveria ser totalmente ativa no processo de parir. “As mulheres não serão consideradas como vítimas passivas de um modelo de atenção ao parto, mas agentes ativos que fizeram sua própria história” (SANTOS, 2002, p.62).

Para algumas culturas a parturição incorpora tradições, se configurando a partir da sua simbologia, práticas adotadas e assistência prestadas ao parto. O nascimento pode trazer diversos significados e representações sociais, a depender do contexto histórico e social ao qual o sujeito está inserido. Dessa maneira pode se conferir através da literatura que algumas civilizações apresentam percepções distintas em relação ao parto.

A exemplo do que menciona Plane, (1999), na Europa onde, entre os séculos XVII e XIX o parto se configurava como um evento de grande representação social, onde a gestante trazia para o momento do trabalho de parto a presença das mulheres da família assim como amigas para celebrar o nascimento da criança. Porém segundo o mesmo autor, para as mulheres oriundas das aldeias da América do Norte o parto era algo puramente natural e fisiológico e não requeria acompanhamento, de maneira que as mulheres davam à luz distantes da sua comunidade e logo voltavam a sua rotina naturalmente.

Já no Brasil, segundo Priore, (1999), no período colonial a gestação representava saúde para corpo feminino, era um paralelo de risco e divindade. A mulher era enaltecida pelo poder de gestar e contribuía para a perpetuação da espécie, poderia até se sobrepor a hierarquia masculina tendo em vista que o homem era privado do rito gestacional. Nessa perspectiva a gestação gerava uma dicotomia ao ser feminino que era socialmente fragilizado, mas ao mesmo tempo era enobrecida pela fertilidade, pelo dom de gerar e cuidar da sua prole.

Em detrimento a grandeza da maternidade, nessa época os riscos eram eminentes para a mulher que iria ter seu filho, diante dos poucos recursos, uma vez que não havia serviços de saúde e assistência as gestantes, além da própria imaturidade do corpo feminino não estando este ainda preparado para gestar, visto que as mulheres tornavam se mães muito cedo muito eram os problemas enfrentados pelas parturientes no momento de darem à luz, algumas acabavam morrendo ou perdiam seus filhos durante o parto ou, em decorrência de complicações. Comumente mulheres jovens morriam em decorrência de um parto complicado (FREYRE, 2003).

Mesmo que a maternidade fizesse parte da condição feminina, a gestação poderia se tornar um estado perigoso, de modo que tornava se necessário destinar orações para a gestante fazendo com que a mesma tivesse um bom parto. Segundo Matei et al. (2003) o parto configurava-se um ritual que envolvia crença religiosa e saberes primitivos, agregando ao partejamento variedades de talismãs, orações e receitas mágicas no intuito de aliviar as dores das contrações, e ajudar na expulsão da criança.

Analisando as práticas em torno do nascimento observa se as mudanças ocorridas em um processo sócio histórico o que leva a um direcionamento para os

meios de assistência na parturição, partindo do pressuposto do conhecimento empírico e do conhecimento científico.

Historicamente a parturição sofreu diversas mudanças no que tange aos métodos e procedimentos adotados no trabalho de parto, ainda no século XIX as mulheres davam à luz seguindo a fisiologia do corpo, conforme a naturalidade do parir, além de ser ritual puramente íntimo e feminino. Assim como acrescenta Vendruscolo e Kruehl (2015) quando ressalta que o parto até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, sendo resolvido de modo caseiro, dispondo da presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Algo que fugia ao conhecimento científico, mas que se aproximava da oralidade e do empirismo. As práticas adotadas na parturição não possuíam cunho científico, mas o conhecimento empírico das mulheres que ajudavam os bebês a virem ao mundo. Dessa maneira percebe-se que:

Apesar de as mulheres darem a luz desde o início dos tempos e de seu corpo estar programado para a reprodução da espécie, as práticas e os costumes que envolvem o nascimento e o parto tem variado ao longo do tempo e nas diferentes culturas (MOTT 2002).

De modo que o nascimento não se limita apenas ao processo meramente fisiológico, mas um evento com representações socioculturais, que denotam a singularidade de uma dada civilização. É possível acrescentar que o nascimento era condicionado ao ambiente estritamente domiciliar onde a chegada do bebê se dava pelas mãos de mulheres que detinham o conhecimento na prática e no saber passado de geração a geração. Chamadas de parteiras, elas utilizavam de suas habilidades para auxiliar a parturiente na expulsão do conceito. Segundo Moraes (2010), as mães transmitiam, para suas descendentes, os saberes e as ações no acompanhamento ao nascimento.

Dessa maneira os saberes e práticas adotados no processo da parturição assumia características mais familiar e cultural do que científico. Essas parteiras estabeleciam relações de confiança que deixava a parturiente mais segura e tranquilas durante o trabalho de parto.

Segundo Baião (2012) as parteiras também chamadas de comadres ou aparadeiras eram de inteira confiança das gestantes, por sua representatividade na comunidade. De acordo com Maia (2010), o parto era um evento de mulheres e ficava sob responsabilidade da parteira conduzir o trabalho de parto uma vez que não se tratava de um ato médico, mas algo calcado na fisiologia do corpo feminino, agregando os conhecimentos baseados na cotidianidade. De modo que:

“Era da parteira, chamada em casa, a responsabilidade também pelo ritual que envolvia a chegada de uma criança na casa. A parteira detinha um conjunto específico de saberes tão particulares que cada uma delas tinha o seu próprio estilo, a sua própria maneira de agir, de criar maneiras de facilitar, para a mãe e o bebê, o desenrolar do trabalho de parto”. (SILVEIRA,2010, p126)

Essas mulheres possuíam conhecimentos práticos alicerçados na causa e no legado deixado por suas mães e avós. Geralmente esta não possuía escolaridade, porem eram conhecidas pela arte de partejar. “O saber da parteira medeia-se, também, pelo número de partos realizados que ela já reunia na sua história de vida” (SILVEIRA,2010, p124).

Dessa forma compreende-se que o ser parteira configura uma das profissões mais antigas do mundo. E tendo em vista que as mulheres sempre buscaram ajuda para parir, isso as torna diferentes dos outros mamíferos (Odent, 2016, p. 39)

Numa condição extremamente importante para a mulher o auxílio mesmo que pouco intervencionista somatiza as boas energias propiciando apoio emocional, além de assegurar os cuidados ao recém-nascido, de maneira que a mãe nos gastos de suas energias durante o parto não poderia fazer.

Por muito tempo a figura da parteira esteve presente na parturição auxiliando as mulheres no trabalho de parto, talvez estas foram as pioneiras no conhecimento em torno do nascimento e dos cuidados a saúde da mulher, embora estigmatizada em alguns territórios, em outros tiveram contribuições significante na parturição. Em alguns países da Europa essas profissionais foram perdendo espaço com o avanço da medicina porem ainda permaneceram atuando tendo em vista que o parto por se tratar ainda de um evento intimo feminino havia ainda o pudor (BRENES, 1991; MORAIS,2010)

No Brasil os processos evolutivos ocorreram mais tardiamente porem com a vinda da família real, havendo assim a implantação das primeiras escolas de medicina construídas na Bahia e Rio de Janeiro em 1808, as parteiras foram submetidas a formação técnica onde os conhecimentos eram transmitidos por médicos, a princípio com o discurso de normas higiênicas, porem o contexto mundial mostrava a tendência da inserção da obstetrícia no campo da medicina (BRENES, 1991; MORAIS,2010).

Nesse contexto muitas parteiras perderam espaço, ora pela não capacitação, ora pela perseguição por acusações de bruxarias e infanticídios, sofrendo perseguição da igreja e da própria sociedade. Essa exclusão foi acontecendo gradativamente. Enquanto que as parteiras inseridas nos ambientes hospitalares se prestavam meramente no auxílio aos médicos parteiros (BARRETO,2008, MORAIS,2010;).

Dessa forma os partos que antes eram realizados em domicilio passam a ser realizados em ambientes hospitalares, introduzindo assim a figura masculina no cenário do parto. Partindo daí surgem novas concepções em torno da parturição, das práticas e procedimentos adotados, a mulher que antes tinha seus filhos no aconchego familiar passa a dar à luz seguindo as normas do sistema medicalizante, saindo do contexto íntimo e feminino para o sistema hospitalocêntrico. Compreendendo que:

“Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde” (BRASIL, 2001).

De forma que o parto que antes acontecia naturalmente, passa a sofrer intervenções humanas, passando a ser adotados métodos invasivos ao corpo da mulher como a cesariana desnecessária, a episiotomia, a utilização do fórceps profilático, dentre outros procedimentos. A institucionalização do parto trouxe por consequência a instrumentalização assim como a medicalização do mesmo. O discurso inicial voltava se para um parto sem dor e mais seguro, livrando a mulher e

a criança de futuras complicações. Porém o que se observa é uma grande ruptura dos valores culturais em detrimento a cultura medicalizante que suprimiu da mulher o domínio sobre seu corpo, tornando-a incapaz de parir sem intervenções, dando ênfase a incapacidade, o medo durante o trabalho de parto. (MORAIS,2010; BARRETO,2008).

O cenário da parturição passa a ser conduzido pelo poder elitizado da medicina, assim como a inserção masculina num cenário antes atribuído ao saber feminino. As mulheres parteiras que junto a parturientes conduzia o nascer, saem de cena dando lugar as enfermeiras obstétricas e aos médicos.

De acordo com. Sabatino, (2001) apud Carneiro, (2015), mudanças na parturição surgiram não só nos modelos de assistência, mas também veio nas formas de parir. No sistema hospitalocêntrico a mulher passou a parir atendendo as necessidades dos profissionais de saúde. A parturiente que antes paria na posição que lhes fossem mais confortáveis e que contribuísse para expulsão do bebe, como a posição vertical, com institucionalização do parto a mulher torna-se obrigada a parir em posição supina de maneira a dar mais conforto para quem estiver partejando.

Se observa que a mulher perdeu sua autonomia no processo parturitivo em agravo ao modelo tecnocrático introduzido ao nascimento. Em Brasil, (2001) se nota a discussão em torno dos determinantes sociais que ao longo do tempo foram construídos e que coloca a mulher em disparidade a predominância masculina, seja pelas suas características físicas ou biológica, seja pela construção social. Santos (2002) tece uma crítica quando traz a percepção de alguns estudiosos do modelo tecnocrático que trata a mulher como uma máquina sujeita a falhas incapazes de parir sem intervenções medicas.

Santos, (2002) salienta ainda que essa comparação do corpo da mulher a uma “máquina defeituosa” criou uma base filosófica da medicina moderna, base essa que em paralelo com a saída da parteira da cena do parto, fortaleceu a inserção das práticas medicalocêntricas na assistência obstétrica. Dessa forma entende-se que para o modelo tecnocrático o nascimento está condicionado ao poder hegemônico da medicina, mas não tão pejorativo. Em alguns estudos a institucionalização trouxe benefícios.

“No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 1940, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher” (BRASIL,2001). Com intuito de reduzir a mortalidade materno-infantil, tais ações eram restritas a assistência ao parto, sem que houvesse um acompanhamento a saúde feminina. Entretanto na década de 1980 se pensou em uma política voltada inteiramente para mulher, com a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, visando o acompanhamento integral a saúde da mulher inclusive no pré-natal, disposto em Brasil, (2001).

Embora essas ações não ocorressem de forma homogênea serviu de retorno a movimentos organizados por mulheres em busca de uma assistência mais ampla desmistificando um modelo de assistência que se voltava apenas para o binômio mãe e recém-nascido, dando ênfase ao cuidado a mulher apenas no período gravídico.

De acordo Maia (2010) a política voltada a saúde da mulher traz como pressuposto o empoderamento, a autonomia feminina além da liberdade dos direitos sexuais e reprodutivos. Osis (1998) acrescenta que o PAISM se tornou peça importante de uma nova dialética no contexto da assistência à saúde da mulher. De modo que o programa se configurou um marco fortemente influenciado pelos movimentos feministas e que propiciou significativos avanços nas políticas de assistência à saúde da mulher. De modo que norteou novas ações direcionadas a assistência ao parto e o nascimento.

3. PARTO E NASCIMENTO INCORPORADO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS

De acordo com a pesquisa: Nascer no Brasil ocorrida entre 2011 e 2012 o Sistema Único de Saúde arcou com o pagamento de cerca de 80% do total de partos ocorridos em maternidades públicas e mistas (Unidades privadas conveniadas com o SUS) do país.

Segundo consta em Brasil (2001) a assistência ao parto institucionalizada ocorre em uma rede composta por cerca de 4.757 unidades em distintos níveis de complexidade. Entretanto a pesquisa anteriormente citada infere a insuficiência na assistência ao parto e nascimento tendo em vista a heterogeneidade na atenção hospitalar assim como a desigualdade em termos geográficos. O que implica em peregrinação geográfica por parte das gestantes em busca de uma unidade para terem seus filhos.

Contexto esse que fere os princípios da Lei nº 11.634/2007 que preconiza que toda gestante assistida no âmbito SUS tem direito a conhecer previamente a maternidade em que terá seu filho, assim como a garantia de ser vinculada a uma unidade que lhe proporcione assistência dependendo de cada especificidade.

A atenção ao pré-parto, parto e nascimento vem se reestruturando para o avanço e melhorias ao longo dos anos, embora a diminuição das mortes materna e neonatais ainda seja um desafio. Bem como a redução das práticas cirúrgicas desnecessárias. De modo que assistência ao parto e nascimento desde a década de 1980 vem assumindo o modelo de atenção excessivamente intervencionista, com elevadas taxas de partos cirúrgicos e conseqüentemente complicações puerperais e altos índices de morbimortalidade. (NAGAHAMA,2011). O que gera discussões acerca do modelo de assistência obstétrica predominante no país.

“Desde os anos 1980 vem se estabelecendo mudanças nas rotinas obstétricas que apontem melhores resultados perinatais” (SANTOS, et al, 2015, p.81). De modo que novas ações acerca de um parto com menos intervenções e mais humano sejam colocadas. E nesse contexto o Ministério da Saúde vem implementando conjuntos de ações através de portarias ministeriais no intuito de fomentar melhorias na assistência ao PN (BRASIL,2001). Visando a redução das

altas taxas de cesarianas e o incentivo ao parto vaginal sem intervenções a instituição da Portaria MS/GM 2.816, de 29 maio de 1998 estipulou o pagamento de um valor máximo em detrimento ao número de partos em cada unidade hospitalar, assim como o aumento da remuneração para o parto vaginal e analgesia para a diminuição da dor durante trabalho de parto.

A Portaria MS/GM2.815, de 29 de maio de 1998 que insere na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) “Parto Normal Sem Distócia Realizado Por Enfermeiro Obstetra”. Esta portaria considera a Lei que regulamenta o exercício profissional do enfermeiro (Lei 7.498 de 25 de junho de 1986), assim como o Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987 que estabelece as atribuições o enfermeiro obstetra.

De acordo com a Portaria MS/GM2.815, (BRASIL, 2001) tem como finalidade a análise da assistência prestada pelo profissional de enfermagem ao parto, bem como promover investimentos em capacitação e remuneração desses profissionais.

No âmbito institucional de assistência obstétrica o MS instituiu a Portaria MS/GM 985/1999 que regulamenta os Centros de Parto Normal (CPN) afim de realizar partos de baixo risco sem intervenções desnecessárias podendo esses CPNs funcionarem dentro de unidades hospitalares (intra-hospitalar) ou fora do ambiente hospitalar (extra-hospitalar) de modo que as unidades hospitalares sirvam de referência em casos de remoção. Os CPNs são estruturados de modo que propicie a atenção diferenciada seguindo a premissa do parto fisiológico podendo gerido por enfermeira obstétrica (RIESCO, et al, 2009).

As iniciativas citadas a cima se tornaram marco na trajetória das políticas voltadas para um novo formato da assistência obstétrica no Brasil assim como a inserção da enfermeira obstétrica no cenário parturitivo. Entretanto as iniciativas para tornar o parto humanizado parte com a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde em 2000 através da Portaria/GM nº 569 de 1/6/2000. Primordialmente o programa se objetiva em:

“[...]assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”. (BRASIL,2002, P. 05).

De modo que se amplie as ações voltadas assistência a gestantes no pré-natal, no parto e pós-parto garantindo o acolhimento e o respeito. De acordo com o disposto em Brasil (2005) o PHPN tem como prioridade ampliar as ações adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) em torno da atenção a gestante, e atrelado a essas ações outras iniciativas se unem ao PHPN como a Maternidade Segura, a Capacitação de Parteiras Tradicionais, além disponibilização de recursos destinados a capacitação de profissionais ligados a esse tipo de assistência. Em contrapartida no mesmo período se deu a criação do Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH) visando melhorias na assistência de maneira que:

“Todos os agentes da saúde, das Secretarias de Saúde estadual e Municipal, das unidades de saúde de cada profissional e da própria comunidade. Humanizar é, muitas vezes adotar soluções simples e criativas, que resultem num atendimento mais acolhedor, digno e solidário” (BRASIL,2000).

Muitos foram os avanços em torno da atenção ao parto, as várias ações para que se ampliassem a assistência a mulher em período gestacional, antes durante e após o parto tiveram seus pontos positivos. Porém ainda há muito o que avançar nessa lógica de melhoria na atenção ao pré-natal, parto e puerpério no Brasil. Tendo em vista que o país ainda aloca dados alarmante na precarização da assistência ao nascimento, seja atenção primária as gestantes, até o trabalho de parto. Em 2014 foi publicada uma pesquisa que foi iniciada em 2011 e finalizada em 2012 norteadada pela Fiocruz, que recebeu o título Nacer no Brasil e que trouxe alguns dados que revelam alta taxa de cesariana na rede pública de saúde.

De acordo com Leal (2012) o número de cesariana no Brasil chegou a 52%, quando a Organização Mundial da Saúde preconiza 15%. A autora traz ainda que 91,7% dos partos normais foram na posição deitada, e 53,5% das mulheres sofreram episiotomia (corte no musculo perineal) e apenas 5% das mulheres tiveram parto natural sem intervenções como: cesariana, episiotomia, manobra Kristeller, o que traz uma disparidade entre a ideia da humanização no parto e aplicabilidade dessa ideia. De modo que:

“A política de assistência ao parto é percebida e executada de diferentes maneiras, em diferentes organizações hospitalares e por diferentes categorias profissionais. No caso da humanização do parto, o jogo político da implementação precisa enfrentar instituições poderosas no imaginário social” (MAIA, 2010).

Com isso entende-se, que não basta a criação de uma política, é necessário rever as práticas dos agentes envolvidos nestas, para que haja eficácia das propostas e homogeneidade na prestação dos serviços, seguindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. E nessa perspectiva o MS continua apostando em iniciativas que corrigem falhas existentes, através do Sistema Único de Saúde criando novas estratégias que amplie e qualifique a atenção ao nascimento. Embora Osis (1998, p.31) coloque que “O SUS não consegue firmar-se em termos de resultados positivos e visíveis para a população em geral. A deterioração dos serviços públicos de saúde é generalizada, e a expectativa de melhora não parece próxima”. Entretanto se observa que houve alguns avanços nas políticas públicas de saúde desde a implementação do SUS e em defesa deste sistema.

“Quando se compara o que era o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 e o que é atualmente, pode-se dizer que o SUS nunca esteve tão preparado para assumir seu papel como agora. Isso não significa que não haja desafios e problemas. São fatos que existem, e não são poucos ou pequenos. Apesar disso o avanço foi expressivo”. (BRASIL, 2002)

Nesta perspectiva de faz necessário recorrer ao um breve percurso histórico que trouxe a consolidação deste sistema tão importante para a saúde pública no Brasil, o SUS. Que foi fomentado por vários movimentos sociais. De acordo com Moraes, (2010) a situação instaurada pelo regime militar levou a organização de grupos em defesa da saúde. O que potencializou diversos debates em torno do anseio por melhorias nas condições da saúde pública, Escorel e Bloch (2006) *apud* Maia (2010) acrescenta que em 1977 ocorreu a VI Conferência Nacional de Saúde o que motivou fortes debates pela elaboração, regulamentação e consolidação de um sistema nacional de saúde. Vários foram os movimentos organizados em prol de um modelo

integral e igualitário de saúde pública, destacando os movimentos feminista e o movimento sanitário. Vários foram os atores que alavancaram as discussões em torno das propostas de redemocratização da saúde no Brasil.

De acordo com Paim, (2009) a organização de um movimento formado pela comunidade estudantil, pesquisadores, profissionais de saúde e diversos seguimentos populares propuseram a Reforma Sanitária e implantação do Sistema Único de Saúde/ SUS. A luta em defesa da democratização da saúde no Brasil também contou com a participação de instituições acadêmicas e sociedade científica como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que de forma organizada buscaram a reestruturação dos serviços prestado à saúde, disposto em Paim (2009).

“Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para a RSB” (PAIM, 2009, p. 40). Segundo Paiva e Teixeira (2014) a partir desta CNS foram aprovadas as principais demandas do movimento sanitário.

“[...] a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais” (PAIM, et al,2011).

De maneira que, com a aprovação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado previsto nos Artigo 196. Tornando o SUS um:

Produto da luta do movimento da reforma sanitária brasileiro, instituído no contexto de redemocratização do Brasil e na contramão das propostas hegemônicas de organização de sistemas de saúde focalizados vigentes nos anos oitenta, o SUS estabelece a saúde como um direito universal, sendo dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs. (FERRAZ, KRAICZYK, 2010)

De acordo com Paim (2009) o dever do Estado previsto no Art.196 seria assegurado por meio de políticas econômicas e sociais que busquem a diminuição do risco de doenças dentre outros agravos, assim como prover o acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Embora o SUS já estivesse aprovado em constituição, ainda se fazia necessário criar meios de operacionalização deste sistema. “ Havia necessidade de uma legislação específica, que esclarecesse como aplicar essas orientações gerais na realidade brasileira” (Paim,2009). O que posteriormente se define com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 de setembro de 1990 e a Lei 8.142/90 de dezembro de 1990, formulando os princípios e diretrizes do SUS. De modo que o SUS pode ser definido como um:

“conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Lei 8.080/90 Art. 4º)

De maneira que o SUS equivale a um sistema público de saúde constituído por órgãos das três esferas de governo, não sendo elaborado exclusivamente por entidades da administração direta como o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais correlatas. As instituições e órgãos da administração direta como as autarquias, fundações e empresas públicas também compõem o SUS. Portanto as entidades ligadas a administração indireta podem se beneficiar da autonomia da gestão se adequando as particularidades das ações em saúde (PAIM,2009).

Segundo Paim (2009) as instituições privadas e filantrópicas puderam participar do SUS mediante vínculo contratual passando a ofertar os serviços como instituições públicas. De forma que o SUS através dos convênios ampliou a oferta dos serviços de saúde seguindo as diretrizes prevista no Art.198 da Constituição Federal de maneira a garantir a efetivação dos princípios norteadores do sistema como a universalização de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os

níveis de complexidade do sistema, assim como igualdade (equidade) da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Com exposto nota-se que o SUS propiciou avanços nas ações de saúde, tendo em vista que o modelo de atenção à saúde no Brasil até meados da década de 1970 baseava-se nos modelos médico curativo e restrito e o modelo previdenciário provendo assistência apenas a saúde de trabalhadores formais.

Desde da criação do SUS vem se desenvolvendo políticas e programas para melhoria na expansão dos serviços de saúde. Alguns programas sofreram melhorias se ampliando para políticas de saúde vigentes. No entanto o SUS ainda se distancia do proposto em constituição. Para tanto Bravo, (2006) afirma que:

Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou. (BRAVO,2006, p. 20)

Diante do exposto entende-se que o SUS ainda não atingiu seu ideário. Neste contexto volta se a discussão em torno das políticas de assistência ao nascimento no Brasil, explanado anteriormente neste capítulo. De modo que se faz necessário refletir sobre efetivação das atuais políticas de saúde no Brasil e no gancho da pesquisa em questão a efetivação das políticas voltadas a atenção ao parto e nascimento. De modo que, parta do pressuposto da humanização desse evento que é o parto.

3.1. Humanização do parto e nascimento no Brasil

De acordo com Diniz (2005), movimentos em prol da humanização do nascimento e parto no Brasil, segue fomentado pelas diversas experiências realizadas em vários Estados como a autora ressalta que:

“Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no

Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco”. (DINIZ, 2005, p.631)

Os vários movimentos contrários a um modelo de assistência ao parto e nascimento voltado para o excesso de intervenções e altas taxas de mortalidade materno infantil, impulsionaram discussões em busca de novas iniciativas visando mudanças no modelo de assistência obstétrica no país. De modo que em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) trouxe recomendações em torno do parto e nascimento, classificando as práticas alicerçado em indícios científicos. Categorizando-as da seguinte forma:

“Grupo A práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou efetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada” (RATTNER, 2009, p.760).

E como definição de humanização do parto a Organização Mundial da Saúde/OMS estabelece que humanizar o parto, trata-se de um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou risco para a mãe e o bebê. (BRASIL, 2014). Dessa forma o parto humanizado não se enquadra no modelo hospitalocêntrico e medicalizante, que descaracteriza a subjetividade da mulher.

De modo que a idealização do parto humanizado enquanto participante de uma Política de Humanização, apresenta-se como parte de um conjunto de ações que busca tratar o sujeito com dignidade, respeitando sua subjetividade, promovendo a autonomia desse sujeito. Partindo deste pressuposto o PHPN busca englobar tais ações referente ao atendimento humanizado a gestante e neonato.

E no intuito de incentivar as boas práticas e ampliar a assistência ao parto e nascimento e contribuir para a redução de mortes maternas e neonatais o MS vem

tentado aprimorar as estratégias de modo que se tenha uma atenção mais integral e igualitária ao pré-parto, parto e puerpério, assim como também garantia do direito ao planejamento reprodutivo. Nessa perspectiva assistir a gestante de forma integral estabelecendo uma rede de cuidados em prol da atenção mais integralizada e igualitária, atendendo as especificidades e complexidade de cada mulher no período pré-gestacional e gestacional e nesse contexto o MS lançou a Estratégia da Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011).

Em resposta a proposta da Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) de criar Redes de Atenção à Saúde no intuito de organizar os sistemas de saúde, o MS em 2010 lança a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS através da Portaria 4.279 de 30/12/2010, estabelecendo diretrizes para a organização da rede (GIOVANNI, 2013).

Além da Rede Cegonha, compõe a RASs: a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Essas estratégias propõe o combate aos agravos ou doenças que afeta a população. (GIOVANNI, 2013).

A Rede Cegonha (RC) é uma rede de cuidados instituída afim de assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e humanização no pré-natal, parto e puerpério, além de garantir a criança o nascimento seguro assim como crescimento e desenvolvimento saudável (UFMA/UMA-SUS,2015). A RC criada em junho de 2011 através da Portaria nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011, com o objetivo de reduzir o número de mortes maternas e neonatais, assim como, promover a implantação de um novo modelo para a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, fortalecendo a atenção a criança até os 24 meses de vida. (BRASIL,2013).

A proposta de integralizar a atenção ao parto e nascimento através da RC traz como diretrizes:

“Acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; Vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e Acesso às ações de planejamento reprodutivo” (BRASIL,2013).

O programa preconiza que todo gestante tenha direito ao mínimo de seis consultas de pré-natal durante exames clínicos e laboratoriais além do teste rápido para detecção da gravidez e HIV e Sífilis, a gestante terá direito ser vinculada a uma determinada unidade sendo maternidade ou hospital público, garantindo-lhes o direito ao um leito e suporte em UTI adulto e neonatal em caso de parto de alto risco (CARNEIRO,2013).

De acordo com Giovanni (2013) a RC no desenvolvimento das ações conta com distintos pontos de atenção obstétrica secundários e terciários. Dentre esses pontos de atenção se tem as maternidades de risco habitual, maternidades de alto risco, leitos obstétricos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), método canguru, Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), além dos Centros de Parto Normal (CPN) que instituído desde 1999 através da Portaria nº 985/GM de 05/08/1999 sofre reformulação sendo regulamentado em 2013 através da portaria nº 904 de 29/05/2013 que ampliando os investimentos.

Segundo consta no portal do Ministério da Saúde, Hoje a Rede Cegonha aplica as ações em 5.488 municípios, atingindo 2,6 milhões de gestantes sendo que desde a criação da RC houve um número superior a 3,1 milhão no investimento das atividades. De modo que o programa conseguiu aumentar o número de atendimentos de pré-natal em relação aos anos que antecederam a RC. De modo que os impactos da RC foram positivos nos enfrentamentos aos índices negativos em torno assistência obstétrica. Entretanto os desafios são muitos a serem enfrentados em termos da reorganização das práticas em saúde ainda fundamentada em um modelo hegemônico da medicalização no nascimento assim como o uso excessivo de tecnologias sem evidencia científica desrespeitando os princípios da humanização e direitos da mulher e da criança (GIOVANNI, 2013).

A assistência obstétrica no Brasil ainda precisa superar grandes desafios em torno do que preconiza os princípios e diretrizes do SUS que visa fornecer uma assistência universal, integral e igualitária, de modo que haja o alcance por parte dos usuários aos serviços de saúde. Dessa forma a garantia de uma referência a uma unidade de saúde que receba a gestante em trabalho de parto prestando-lhe o atendimento adequado se torna imprescindível para segurança da mãe e neonato. Com tudo a descentralização dos serviços em saúde previstos no SUS “amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica e estabelece a regionalização

como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde” (WANDERLY, 2004, p., 18). De maneira que essa iniciativa segundo Rohr et. al. (2016) implantada recentemente no Brasil ainda provoque grande disparidade na abrangência da assistência ao pré-natal e a rede de assistência ao parto e nascimento que ainda são insuficientes.

Embora a regionalização na assistência obstétrica sirva para uma melhor adesão aos programas e políticas direcionados a atenção ao pré-natal, parto e nascimento a sua ineficácia pode gerar prejuízos para gestantes e neonatos, tendo em vista que possa gerar uma peregrinação das mulheres em busca de unidades para terem seus filhos. (ROHR, et al. 2016).

Em tese a rede de assistência ao parto e nascimento encontra-se organizada para atender as gestantes, sejam elas de baixo risco, risco habitual ou alto risco. Porém os recursos físicos e humanos são limitados para atender as demandas, principalmente quando esta vem de pequenos municípios que não possuem unidades de saúde compatíveis para esse tipo de assistência.

3.2. Assistência obstétrica em um pequeno município do Recôncavo Baiano

As diversas estratégias definidas pelas políticas públicas implementadas pelo MS no intuito de melhorar e qualificar a assistência obstétrica apresenta notórios desafios se tratando do alcance aos pequenos municípios. A exemplo do pequeno município de Governador Mangabeira situado no Recôncavo da Bahia, a 60Km da capital Salvador. Cidade é considerada de pequeno porte com 19.818 mil habitantes segundo informações do IBGE, baseado no senso de 2010. O município possui uma área de 106,848km², com densidade demográfica de 186,40hab/km². O município apresenta um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,643 segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Possui o PIB per capita de R\$ 10.793,85(IBGE, s.d.)

Segundo dados do IBGE (2016) o município atualmente possui uma estimativa de 21.435 habitantes, concentrada a maior parte nas comunidades rurais. Governador Mangabeira atualmente âmbito do serviço em saúde dispõe de alguns

serviços básicos de saúde distribuídos na esfera pública com financiamento nas três esferas de governo.

Tabela 01- Unidades de Saúde do município de Governador Mangabeira

Unidades	Público	Privado	
Academia da saúde	01	-	01
Centro de Apoio a saúde da Família-CASF	01	-	01
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	01	-	01
Centro de saúde/unidade básica de saúde	09	-	09
Clínica especializada/ambulatório especializado	-	03	03
Consultório	1		01
Farmácia	01		
Policlínica	01	01	02
Pronto atendimento	01	-	01
Secretaria de saúde	01	-	01
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	03		
Unidade móvel de nível pre-hosp-urgencia/emergência	01	-	01
Total	25		

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

As informações da tabela 01 refere-se à situação atual onde o município conta com 09 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde o que confere um aumento na cobertura da atenção básica na área urbana onde comporta 04 unidades.

Em relação ao período em que o município possuiu o CPN, que foi de outubro de 2004 a dezembro de 2008, a tabela a seguir demonstra a cobertura da atenção

básica no município, que nesse período contava com 05 Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, segundo informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil/CNES.

Tabela02- Cobertura da Atenção Básica-Governador Mangabeira

Ano	Modelo de Atenção	População coberta	%População Coberta p/programa	%de crianças c/aleitamento Materno Exclusivo	% de cobertura De consultas De pré-natal
2004	PACS	11.216	66,4	66,0	78,2
	PSF	8.107	48,0	53,7	83,5
	Total	19.323	114,4	61,1	80,5
2005	PACS	11.420	68,3	74,6	81,0
	PSF	8.320	49,7	63,6	87,6
	Total	19.740	118,0	64,1	84,4
2006	PACS	9.457	51,1	77,9	84,4
	PSF	6.425	34,0	61,5	83,9
	Total	15.882	84,1	70,5	84,2
2007	PACS	7.795	41,4	78,2	86,9
	PSF	5.826	30,9	69,2	87,4
	Total	13.621	72,3	73,8	87,2
2008	PACS	9.566	46,6	82,1	92,3
	PSF	10.733	52,3	69,2	88,4
	Total	20.299	98,8	75,4	90,1

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica/SIAB.

Situação da base de dados nacional em 22/02/2010

No período de 2004 a2008 o município conseguiu manter a média de 80% da cobertura na atenção ao pré-natal, sendo que no ano de 2008 a aumento dessa cobertura foi de 14,1% em relação ao ano 2004 através do Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS), programa instituído e regulamentado em 1997, com

o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS. (BRASIL, 2001).

O PACS foi instituído como estratégia de reorganizar a assistência ambulatorial e domiciliar, desenvolvendo as ações mediante a atuação do Agentes Comunitários de Saúde (ACS), (BRASIL, 2001). Dado as ações do PACS, que eram feito o acompanhamento da maioria das gestantes do município tendo em vista que haviam poucas unidades na época.

Atualmente o município não dispõe de uma unidade hospitalar, contando apenas com uma unidade de pronto atendimento que atende as demandas de urgência e emergência. Na assistência obstétrica, conta apenas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atua na atenção primaria realizando acompanhamento as gestantes na realização do pré-natal e onde são feitos o direcionamento das mesmas as maternidades de referência. Entretanto no momento do trabalho de parto a maioria das mulheres procuram o Pronto Atendimento do município onde rebem os primeiros atendimentos e são encaminhadas as unidades de referência. Geralmente são conduzidas em ambulâncias acompanhadas por um profissional técnico de enfermagem.

Em termos de assistência a parto e nascimento o município de Governador Mangabeira não dispõe de unidades de referência (maternidades, hospitais e centro de partos), sendo necessário a remoção das parturientes para outros municípios para terem seus filhos.

Gráfico 01-Unidades de referência no encaminhamento das gestantes em trabalho de Parto segundo informações da Unidade de Pronto atendimento de Gov. Mangabeira.



A depender das possíveis complicações as gestantes são direcionadas a maternidades circunvizinhas ou da capital o que propicia o desgaste físico para as gestantes, podendo ocasionar sofrimento para mãe e bebê, tendo em vista que:

A assistência ao parto e suas complicações exigem respostas ágeis e eficazes uma vez que as dificuldades de acesso aos serviços no tempo oportuno geralmente acarretam angústia, sofrimento e consequências indesejadas a mulher e a criança recém-nascida (SOUZA, 2010, p. 12).

Nesse contexto a remoção da gestante durante o trabalho de parto para um outro município descaracteriza o desejo da mulher de ter seu filho o mais próximo da sua residência, o que para Lamy et. al. (2000) é importante que gestante tenha o direito de ter seu filho no mesmo local de realização do acompanhamento gravídico.

No ano 2004 foi inaugurado no pequeno município, o centro de parto normal, no qual era realizado os partos considerados de baixo risco, o CPN funcionou por quase quatro anos, segundo informações de funcionários do Centro Médico Doutor Otto Alencar (Pronto Atendimento) onde funcionava o centro de parto normal.

Segundo relatos do funcionário lotado na unidade há dezesseis anos, foram realizados cerca de 400 partos. O centro de parto foi aberto em 2004 e fechado em janeiro de 2009 o que contribuiu para o aumento da peregrinação das gestantes de baixo risco para outras unidades de referência.

Tabela03- Município de Governador Mangabeira

Informações sobre nascimento

Condições	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de nascidos vivos	326	118	192	237	372	340	360	321	351	271
Taxa Bruta de Natalidade	21,6	6,9	11,2	13,9	21,9	20,1	21,5	17,0	18,6	13,2
% com prematuridade	1,9	10,7	5,8	6,0	6,3	7,6	5,1	6,0	8,1	7,0
% de partos cesáreos	10,3	14,7	12,1	12,1	19,6	25,7	20,3	30,3	32,2	26,6
% de mães de 10-19 anos	17,2	20,4	21,6	18,7	18,4	19,3	21,1	15,9	20,2	14,8
% de mães de 10-19 anos	0,6	0,9	-	0,4	1,4	0,9	0,6	0,6	1,4	0,4
% com baixo peso ao nascer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
l- geral	4,2	6,8	10,9	5,8	7,3	10,1	4,5	8,4	5,7	6,6
Partos cesáreos	3,1	5,9	17,4	7,1	1,4	11,0	6,9	9,3	7,1	6,9
Partos vaginais	4,3	7,0	10,0	5,6	8,7	9,8	3,9	8,1	5,1	6,5

Retirado do Caderno de Informações de Saúde da Bahia/Município de Governador Mangabeira. Fonte: SINASC. Sistema da base de dados nacional em 14/12/2009. Nota: Dados de 2008 são preliminares

DATASUS

Gráfico 02- Informações sobre nascimento/Governador Mangabeira 1999-2008

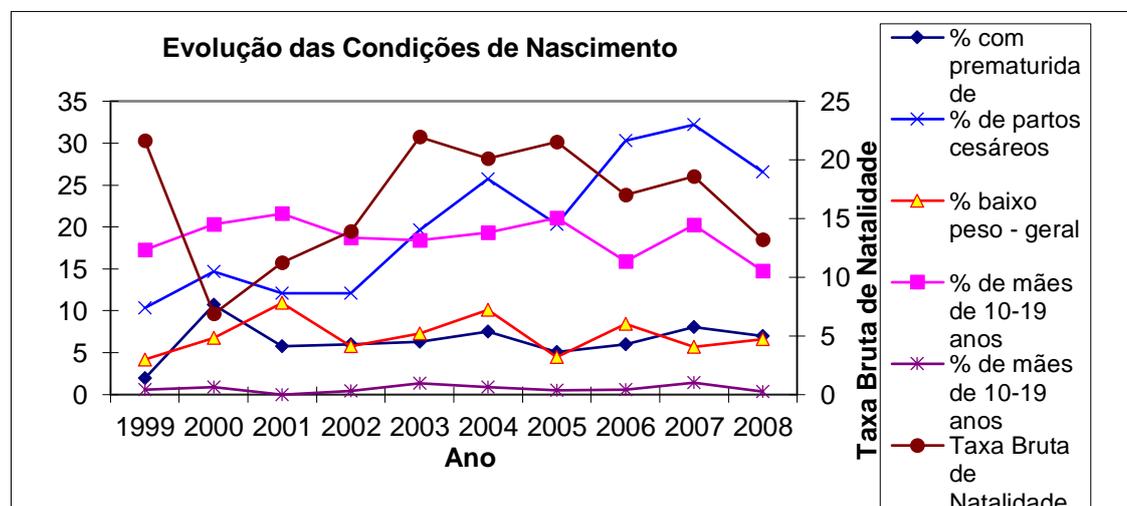


Gráfico retirado do Caderno de Informações de Saúde da Bahia/Município de Governador Mangabeira. Fonte: SINASC. Sistema da base de dados nacional em 14/12/2009. Nota: Dados de 2008 são preliminares

O município de Governador Mangabeira teve baixa taxa de natalidade nos anos de 2000 e 2001 (TAB.02), posteriormente essa taxa sofreu aumento nos anos seguintes, só havendo um declínio em 2008 com o percentual de 13,2% da taxa de natalidade. Houve um significativo aumento no número de nascimentos por cesarianas, chegando a 32,3% em 2007, sendo que 20,2% das gestantes tinha entre 10 e 19 anos. Nota-se que em 2001 houve um maior percentual de mães jovens chegando a 21,6% que deram à luz atrelado a esses dados tem-se um alto percentual de recém-nascido com baixo peso nascidos por parto Cesário

Com base nas informações do MS através do Sistema de Informações sobre Nascidos vivos/SINASC por residência da mãe, nos anos de 2004 até 2008 foram registrados 1.674 nascimentos incluindo parto vaginal e cesáreo da cidade de Governador Mangabeira. Considerando hospital, domicílio, outros estabelecimentos de saúde e outro como local de ocorrência.

Tabela 4-Número de partos vaginal ocorrido em hospital.

2004	227
2005	178
2006	158
2007	151
2008	176
Total	890

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No ano (2004) de instalação do CPN em Governador Mangabeira se observa que houve um maior número de partos vaginais (227 partos) ocorridos em unidade hospitalar posteriormente esses números foram diminuindo nos anos seguintes,

Tabela 5-Número de partos vaginal ocorrido em outro estabelecimento de saúde.

2004	-
2005	-
2006	62
2007	86
2008	42
Total	190

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Tabela 6-Número de partos vaginal ocorridos em domicilio

2004	01
2005	-
2006	02
2007	01
2008	01
Total	05

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nesse período houve baixas incidências de partos ocorridos em domicilio. Embora a maior parte da população se concentrasse na zona rural.

Tabela 7-Número de partos vaginal ocorrido em outro local

2004	20
2005	105
2006	1
2007	-
2008	-

Total	126
--------------	------------

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Tabela 08-Número de partos cesáreo ocorrido em unidade hospitalar

2004	85
2005	72
2006	96
2007	110
2008	83
Total	446

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Tabela 09. Número de partos cesáreo ocorridos em outro local

2004	01
2005	-
2006	01
2007	03
2008	-
Total	05

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Com exposto é possível analisar que nos quatros referidos anos o município de Governador Mangabeira obteve um número expressivo de partos vaginais sendo que parte destes partos ocorreram no próprio município. Embora os dados consolidados do SIH/SUS até 2007 não forneça informações quanto estabelecimento de ocorrência destes partos o que restringe a análise do número de partos normais que ocorreram fora do domicilio e quais unidades receberam estas gestantes. Entretanto no exposto é possível notar que entre 2004 e 2008 ocorreram 451 partos Cesário fora do município tendo em vista que o município não teria como realizar esse tipo de procedimento. Entretanto com base nos procedimentos

hospitalares por local de residência o DATASUS traz o quantitativo de partos normais e cesáreos ocorridos em 2008, ano em que o sistema já dispõe de informações quanto ao estabelecimento de ocorrência dos partos:

Tabela 10-Partos ocorridos 2008

Tipo de parto	Hospital Senhora Bonsucesso/ das Almas/BA	Nossa do Cruz	Hospital Senhora Pompeia/São Felix/BA	Nossa da	Hospital Maternidade Luiz Argolo/ Santo Antônio de Jesus
Parto Normal	107		41		01
Parto Cesário	25		12		

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

Portanto do número partos ocorridos em 2008 podem-se conferir que 186 ocorreram nas cidades circunvizinhas ao município de Governador Mangabeira o que propiciou um deslocamento intermunicipal das gestantes para darem à luz.

A proposta de trazer esses dados desses referentes anos infere na análise do panorama da assistência ao parto em um município de pequeno porte, que já possuiu um CPN ainda que por pouco tempo. Ao tempo em que se nota o número considerável de nascimentos fora do domicílio das mães o que gera a migração das parturientes em trabalho de parto acarretando no desconforto, além de distanciar a gestante do vínculo criado com a equipe participante do período gravídico, se deparando com profissionais desconhecidos e não participante do período gestacional destas mulheres.

Tabela 11-Nascidos vivos por local de residência da mãe por via vaginal em hospital e outros estabelecimentos de saúde entre 2012 e 2016/ Governador Mangabeira

Parto vaginal em hospital	em	Parto vaginal em outros estabelecimentos de saúde	em outros de
2009	160	2009	-
2010	159	2010	-
2011	167	2011	-
2012	131	2012	-
2013	130	2013	-
2014	160	2014	01
2015	122	2015	01
2016	126	2016	-
Total	1.155		02

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

A predominância do parto em ambiente hospitalar transcreve o cenário da medicalização do parto, ao mesmo tempo em que demonstra o panorama do nascimento para o município de Governador Mangabeira. O número de nascidos a cada ano configura a migração de gestantes para outro município, tendo em vista a falta de unidade de referência na cidade.

Tabela 12- Nascidos vivos por residência da mãe por via vaginal em domicílio e outro local/ Governador Mangabeira 2009-2016

Parto vaginal ocorrido em domicílio	Parto vaginal em outro local
2009	02
2010	01
2011	01
2012	-
2013	01
2014	03
2015	01

2016	-	2016	01
Total	09		13

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Tabela13-Nascidos vivos por residência da mãe por procedimento cesariana em hospital e outros estabelecimentos de saúde entre 2009 e 2016/ Governador Mangabeira

Parto cesáreo ocorrido em hospital		Parto cesáreo ocorrido em outros estabelecimentos de saúde.	
2009	117	2009	01
2010	117	2010	-
2011	128	2011	-
2012	134	2012	02
2013	143	2013	06
2014	113	2014	2
2015	113	2015	02
2016	119	2016	-
Total	984		13

Nos anos referidos nas tabelas revelam a variação dos locais de nascimento, no entanto a predominância de local fica a cargo dos hospitais que marca o cenário da institucionalização do nascimento, também se torna possível notar que nos oito anos referidos a predominância do tipo de parto está o parto vaginal, o que não nega a alta taxa de cesarianas estando minimamente abaixo do parto normal.

Tabela14-Parto normal e parto normal em gestação de alto risco por local de residência/ Governador Mangabeira 2009-2016

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

	HNS P/Sã o Feli x	HNSB /Cruz das Almas	HGCA / F. Santa na	IPERBA / Salvado r	HGRS/ Salvador	MCO/ Salvado r	MPJMM N/ Salvador	MTB/ Salvador	MAS/ Salvador	HJBC /Salvador
2009	81	59	01	-	-	-	-	-	-	-
2010	137	16	01	-	-	-	-	-	-	-
2011	135	21	01	-	-	-	-	01	-	-
2012	93	19	02	01	-	-	-	-	-	-
2013	82	30	-	-	-	-	01	01	-	-
2014	90	8	01	-	02	-	01	02	-	-
2015	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2016	100	-	-	-	-	01	-	01	-	-
Total										

O maior número de partos normais ocorreu no Hospital Nossa Senhora da Pompeia situado na cidade de São Felix cidade vizinha a Governador Mangabeira, considerando que os partos ocorridos na capital Salvador apresentava gestação de alto risco. Tendo em vista que os hospitais mais próximos não atendem alta complexidade. A menor taxa de partos normais foi em 2015, sendo que neste período não houve deslocamento de gestantes para maternidades mais distantes e São Felix recebeu 80 gestantes considerando gestação única pois o hospital não realiza partos de gemelar, sendo a unidade mais próxima pois o Hospital Nossa Senhora do Bonsucesso em Cruz das Almas esteve desativada neste período.

Tabela 15-Parto cesariano e cesariano em gestação de alto risco por local de residência Governador Mangabeira 2009-2016¹

	HNSP/ São Felix	HNSB /Cruz das Almas	HGCA /F. Santa na	IPERB A/ Salva dor	HGRS/ Salvado r	MCO/ Salvador	MPJMMN/ Salvador	MTB/ Salvador	MAS/ Salvado r	HGJBC/ Salvado r
2009	33	44	-	-	01	-	-	-	-	-
2010	70	8	01	-	01	-	01	-	-	-
2011	66	15	01	03	01	-	-	02	-	-
2012	57	27	02	01	01	01	-	-	-	-
2013	64	39	-	-	04	-	03	-	-	-
2014	43	23	-	-	07	-	03	01	-	-
2015	41	-	-	-	02	01	01	-	-	-
2016	79	-	-	-	05	-	03	02	-	-
Total										

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

Os dados das tabelas 12 e 13 considerou as AIHs aprovadas segundo o Sistema de Informação Hospitalar- SUS, nesse aspecto percebe a redução da taxa de cesárea levando em consideração o atendimento no SUS. Entretanto nas tabelas anteriores referentes a taxa de nascidos vivos considera todos os partos ocorridos em rede pública e rede privada.

Considerando o número de partos cesarianas, os de gestação de alto risco foram feitos em unidades de alta complexidade nesse caso Feira de Santana e Salvador. O que propiciou um deslocamento para as gestantes, com o tempo aproximado de uma a duas horas de viagem dependendo da cidade de referência.

As condições na assistência ao parto e nascimento no município de Governador Mangabeira apresenta limitações no que tange as propostas dos princípios e diretrizes do SUS, o acesso universal aos serviços de saúde se defronta com a insuficiência dos recursos físicos que dificulta o acesso igualitário por parte da população do pequeno município.

Governador Mangabeira ainda apresenta altas taxas de partos por cesariana, assim como o constante deslocamento intermunicipal das gestantes em trabalho de

¹ Siglas da tabela 15: **HNSP**: Hospital Nossa Senhora da Pompeia, **HNSB**: Hospital Nossa Senhora do Bonucesso, **HGCA**: Hospital Geral Cleriston Andrade, **IPERBA**: Instituto de Perinatologia da Bahia, **HGRS**: Hospital Geral Roberto Santos, **MCO**: Maternidade Climério de Oliveira, **MPJMMN**: Maternidade Professor José Maria de Magalhaes Neto, **MTB**: Maternidade Tsylla Balbino, **MAS**: Maternidade Albert Sabin, **HJBC**: Hospital Geral João Batista Caribé

parto o que difere da proposta de humanização do parto que propõe o parto com o mínimo de intervenções e o conforto e segurança da parturiente e de seu bebê.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“As políticas e normativas do governo brasileiro para a assistência ao parto, atualmente, se pautam pelo modelo humanizado” (MAIA,2010, p. 51). Entretanto são inúmeros os desafios no que tange a efetivação das políticas que vão para além da normatização. Infere a burocratização na implementação das políticas o que interfere na eficácia destas.

A humanização do parto engloba diversos aspectos dentre estes as mudanças nas práticas institucionais, propondo mudanças físicas estruturais que propicie a adoção de métodos mais humanizados atendendo as necessidades das gestantes e seus familiares (DIAS e DOMINGUES, 2005). As mudanças nas práticas profissionais também é algo que compõe a proposta de humanização do parto e nascimento de modo que:

“[...]a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê” (DIAS e DOMINGUES, 2005, p.700)

Nesse contexto o desafio da humanização do parto vai para além das transformações das práticas, mas também de promover o protagonismo feminino no que tange a sua participação no processo parturitivo, lhes garantindo o direito de conhecer e escolher os procedimentos a serem utilizados no parto (RATTNER, 2009, p.760).

No entanto o parto humanizado ainda traz implicações ao sistema hospitalocêntrico e medicalizante que é hegemônico no Brasil. (MAIA, 2010).

De acordo com Souza, (2010) a materialização do parto humanizado perpassa pela atenção primária e o incentivo ao parto natural. Porém o cenário da atenção obstétrica atualmente no Brasil retrata os excessos de intervenções no parto, o que se percebe no número de cesarianas realizadas a cada ano no país.

Segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS- SIH/SUS, (Tab.13) de 2013 a 2017 o Brasil teve cerca de 643.417,852 partos por cesariana sendo a região Sudeste a recordista com 1.070,287 partos cesáreos, a região manteve a média dos altos índices no decorrer dos cinco anos ao contrário da região Nordeste que apresentou declínio nos últimos dois anos na taxa de cesarianas. No entanto o Nordeste também apresentou altas taxas de cesarianas nos anos de 2013 a 2015. Cenário que descaracteriza a proposta de uma assistência obstétrica com menos intervenções. O que para “o modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento é em sua grande maioria extremamente intervencionista, tratando-os como eventos eminentemente médicos” (DIAS e DOMINGUES,2005, p.703). De modo que a desumanização já parte dos métodos invasivos, que podem levar a complicações imediatas e a longo prazo para mãe e bebê.

Embora o parto normal seja predominante no Brasil, principalmente nas regiões Nordeste e Sudeste, ainda não representa a efetivação da humanização da assistência obstétrica tendo vista que mesmo o parto sendo considerado normal, ainda são aplicados métodos invasivos, extremamente invasivos. E diante do exposto se questiona em que condições estes partos normais estão sendo realizados. O parto institucionalizado no Brasil se caracteriza pela aplicação de intervenções provenientes do avanço tecnológico, que acaba por descaracterizar um procedimento fisiológico adotando diversos procedimentos como episiotomia, o uso da ocitocina, aspiração naso-faringeana, dentre outras manobras, de maneira indiscriminada quando deveriam ser utilizadas quando necessária. (BRASIL, 2017). Recentemente foi aprovada as Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal, através da Portaria nº353, de 14 de fevereiro de 2017, por iniciativa do Ministério da Saúde no intuito de estabelecer mudanças na pratica clínica, uniformizando e padronizando os métodos mais comuns utilizado na assistência ao parto normal, assim como diminuir a variação nas condutas profissionais na atenção obstétrica, (BRASIL,2017).

Ao longo dos anos o MS vem desenvolvendo estratégias em torno da assistência ao parto e nascimento no objetivo de consolidar mudanças nas práticas

adotadas na parturição. Entretanto os inúmeros esforços ainda esbarram em um modelo hegemônico pertencente a cultura hospitalocêntrica, praticas construídas ao longo dos anos e que infere condutas meramente tecnicistas ao cenário do parto.

Assistência obstétrica no Brasil ainda precisa enfrentar desafios no que tange os princípios da universalidade, integralidade e equidade no âmbito do SUS, além de redesenhar as práticas profissionais é necessário, reorganizar as redes de assistência obstétrica, ampliar a oferta de unidades especializadas para atender de maneira adequada gestantes e seus bebês. Diminuindo assim a peregrinação de mulheres em trabalho de parto em busca hospitais e maternidades para terem seus filhos.

Outro ponto importante a ser discutido na assistência obstétrica é a extensão das normativas governamentais aos municípios de pequeno porte que demandam de vaga em outras unidades de saúde para receber as gestantes em trabalho de parto de risco habitual e alto risco evitando que estas se dirijem a mais de uma maternidade em buscar de vaga alimentando sofrimento para mãe e filho. Embora a assistência obstétrica funcione de maneira descentralizada, onde a regionalização das ações e serviços propõe uma assistência mais homogênea ao parto e nascimento, no entanto no Brasil apresenta uma disparidade a cobertura na atenção ao pré-natal e a rede assistência ao parto o que gera peregrinação das parturientes. (ROHR, et al., 2016)

São muitos os desafios em torno da humanização do parto e nascimento, seja na pratica dos atores envolvidos seja na reorganização dos serviços. De fato, é necessário reconhecer o nascimento como de fato é um ciclo biológico, respeitando o tempo, e particularidade de cada parturiente, deixando-a ser protagonista na cena do parto, sendo esta mulher ativa nas suas decisões.

5. REFERÊNCIAS

BAIÃO, Cinthia Carvalho. O parto domiciliar sob a perspectiva da Mulher: protagonismo da Mulher e assistência humanizada. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br/jspui/handle/10869/5106>. Acesso em: 20-12-2017.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 15, n. 4, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 570/ GM/ SM**. Instituir o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 20-01-2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Área Técnica da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001. disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/parto-aborto-e-puerperio-assistencia-humanizada-a-mulher-ms>. Acesso em: 10-01-2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agente comunitário de saúde (PACS). Ministério da saúde, secretaria executiva-Brasília: Ministério da Saúde, 2001.40p.: IL ISBN.85-334-0271-6.

BRASIL. Secretária executiva. Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> > Acesso em: 20-01-2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Pré-natal e puerpério: atenção humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf Acesso em: 20-01-2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos Humaniza SUS; v. 4) ISBN 978-85-334-2136-3. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 28-12-2017

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 28 dez 2007; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 20-02-2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459/ GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 25 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 19 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf. Acesso em: 20-01-2018

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, v. 3, p. 88-110, 2006.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, p. 135-149, 1991.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Campinas, 2011. Tese de Doutorado. Tese de doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280585/1/Carneiro_RosamariaGiatti_D.pdf. Acesso em: 20-12-2017.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, p. 699-705, 2005. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232005000300026&script=sci_artt_ext&tlng=. Acesso em: 28-03-2018.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 28-12-2017.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. Revista de Psicologia da UNESP, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2017.

FREYRE, G. Casa Grande e Senzala: formação da família brasileira sob regime patriarcal. São Paulo: global, (2003).

GIOVANNI, Miriam Di. Rede Cegonha: da concepção à implantação. 2014. Disponível em: <http://repositorio.ena.gov.br/handle/1/410>. Acesso em: 20-01-2018

LEAL, M. C. et al. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

LAMY, Zeni Carvalho et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso- Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, p. 659-668, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3>. Acesso em: 20-03-2018

MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Editora Fiocruz, 2010.

MATEI, E.M et al. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. *Cadernos. Centro Universitário S. Camilo, São Paulo*, v. 9, n. 2, p. 16-26, abr./jun. 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf). Acesso em jan. /2018.

MORAIS, F. R. A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as pratica no contexto de uma maternidade pública brasileira. (2010); Natal: Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MOTT, Maria Lucia. Parto. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, p. 399-401, 2002.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida et al. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a08>. Acesso em: 28-03-2018.

NASCER NO BRASIL. Nascer no brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/quem-somos/>. Acesso em: 20-02-2018

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. S25-S32, 1998. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X1998000500011&script=sci_arttext&tlng=. Cesso em: 20-01-2018.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011 377 (9779):177897. Disponível em: <http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/fi>

le/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf. Acesso em: 20-02-2018

PLANE, N.A. (1999). Childeberth practices among native american women of New England and Canadá, 1600-1800. In: Leavitt, J.W. (1999). Women and health in America. (2 Ed.). Wisconsin Press, 38-47.

PRIORE, M. D. Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. (1999). São Paulo: Tese de Doutorado, São Paulo, Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências da Universidade de São Paulo.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 13, núm. 1, 2009, pp. 595-602 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. São Paulo, Brasil. Disponível em: Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115446011>. Acesso em: 28-12-2017.

RIESCO, Maria Luiza,G. et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033302026/>. Acesso em: 28-01-2018

ROHR, L. C. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. (2016) Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, 16 (4): 457-465 out. / dez.

SANTOS, Rafaela Ayanne Alves dos; DE MELO, Mônica Cecília Pimentel; CRUZ, Daniel Dias. Trajetória de humanização do parto no brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. Cadernos de Cultura e Ciência, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015. Disponível em: <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838>. Acesso em: 20-01-2018.

SANTOS ML. Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico.2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/83519>. Acesso em: 20-01-2018

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1281-1289,2004a. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf> >. Acesso em 19, novembro de 2017.

SILVEIRA, Maria Claurênia Abreu de Andrade. Samarica Parteira–Uma das Mulheres de Luiz Gonzaga. In: MACHADO, Charliton José dos Santos; SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima; NUNES, Maria Lúcia da Silva. Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares. 2010.

SOUZA, A. ASSISTÊNCIA AO PARTO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: Trajetória percorrida pelas gestantes. Recife, (2010) Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Eggeu Magalhães. Fundação Osvaldo Cruz.

SOUZA, Karla Romana Ferreira de, D. M. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. (2010) Acta Paulista de Enfermagem, 493-499.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil[Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; 2004. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86639>. Acesso em: 10-09-2017.

UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2015. 43f.: il. Disponível em: <http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>. Acesso em: 20-01-2018.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas*, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>. Acesso em: 10-12-2017.

WANDERLEY, K. L. Uma análise das internações obstétricas e neonatais no estado de Alagoas, Brasil, 2000. Tese (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde.) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4853>. Acesso em: 28-03-2018.

