



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA
CURSO DE BACHAELADO EM ENFERMAGEM

JAMIL SOUZA MORAIS JÚNIOR

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: Partos normais e cesáreos no pré-natal
da USF liberdade.**

Itaituba
2016

JAMIL SOUZA MORAIS JÚNIOR

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: Partos normais e cesáreos no pré-natal
da USF liberdade.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Enf. Esp. Cleidson Colares Batista.

Itaituba
2016

Júnior, Jamil Souza Moraes.

Perfil epidemiológico de partos normais e cesáreos no pré-natal da usf liberdade /
Jamil Sousa Moraes Júnior, Itaituba: FAI, 2016.

00 f. : il.

Orientador: Cleidson Colares Batista

Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado de Enfermagem – Faculdade
de Itaituba, 2016.

1. Saúde. 2. Parto Normais e Cesáreos. I. Batista, Cleidson Colares. II.
Faculdade de Itaituba, BR – PA, 2016.

JAMIL SOUZA MORAIS JÚNIOR

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PARTOS NORMAIS E CESÁREOS NO PRÉ-
NATAL DA USF LIBERDADE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Enf. Esp. Cleidson Colares Batista.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Título

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Título

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Enf. Esp. Cleidson Colares Batista

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de _____ de 2016.

Primeiramente Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a Deus aos meus pais Jamil Souza Moraes e Maria do Socorro Sousa Moraes, e a minha esposa Olendina Almeida de Souza pela capacidade de acreditarem em mim, pois não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao soberano e eterno Deus, por sua infinita misericórdia, me sustentou com suas mãos poderosas. A cada dia me renovou dando força para prosseguir nessa caminhada, dando sabedoria e o principal, o dom da vida, pelo ar que respiro, pelas vestes e alimentos que nunca deixou faltar. Toda honra e glória seja para ti senhor.

A minha esposa Olendina Almeida de Souza Moraes, pelo amor e compreensão, pela paciência, pela motivação nos momentos de pouco ânimo, pela companhia, pelo carinho, pelos meus filhos: Jamily Almeida de Souza Moraes e Jamil Souza Moraes Júnior Filho que foram meus pilares abaixo de Deus.

A minha mãe Maria do Socorro Sousa Moraes e o meu pai Jamil Souza Moraes, pelos ensinamentos, pelo carácter, por ter me tornado um ser humano de bem. Foram tantas dificuldades e eles me ensinaram a perseverar e ter fé em Deus me ensinou a lutar e acreditar em dias melhores mesmo com condições desfavoráveis, Deus seja louvado e glorificado. Aos meus irmãos Gilson Souza Moraes, Elaine Souza Moraes, Taynar Murask, ao meu irmão Jônatas Souza Moraes *in memoriam*, meu mano que em Janeiro de 2015 se foi repentinamente e deixou muita saudade e uma dor imensa que não passa, e por um momento pensei em desistir do curso. Deus me deu força para prosseguir *in memoriam* dele.

Aos meus colegas e amigos de profissão e sala de aula, Janilson Furtado, Janiete Furtado, Joana D'arc e Maria Célia Andrade, pois sempre estivemos juntos nessa caminhada um dando força ao outro nos momentos difíceis.

A todos os docentes do curso de Enfermagem, em especial meu orientador Cleidson Colares, minha chefe do SAMÚ Enf.^a Marinalva Ribeiro de Jesus, Raimisson Abrel, Aline dos Santos, Bernadete Coelho dos Santos, Cleidiane de Jesus, Adriano Coutinho, Erickson Lee, Juliane a minha colega de SAMU Ednalva Souza.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	3
2	OBJETIVOS	4
2.1	GERAL.....	4
2.2	ESPECÍFICOS.....	4
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
3.1	ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL	5
3.2	A GESTANTE EM SITUAÇÃO DE RISCO	8
3.3	TIPOS DE PARTO.....	10
3.3.1	Parto Normal	10
3.3.2	Parto Cesáreo	10
3.4	A ESCOLHA DA GESTANTE PELO TIPO DE PARTO	11
3.5	PERFIL DOS PARTOS NO BRASIL	11
4	METODOLOGIA	15
5	ASPECTOS ÉTICOS	15
6	CRONOGRAMA	16
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

1. INTRODUÇÃO

Alguns estudos demonstram que o parto normal, é na grande maioria das vezes a primeira escolha da gestante. É necessário lembrar o princípio da desmedicalização, tendo em vista a comprovação de que a opinião da mulher não esta sendo respeitada em relação ao desfecho de sua gravidez, portanto deve-se investigar melhor, quais fatores influenciam os médicos a indicarem à cirurgia. (HAUCK, 2010).

A assistência ao pré-natal irá identificar os fatores de risco que podem ocorrer no periodo gestcional, de acordo com a atenção dada por esses profissionais que fazem o atendimento, e necessario que a equipe de saude considere todas as etapas que envolvem essa assistência como anamnese, exame físico, exame clinico obstetrico, e ainda leva-se em consideração a visita domiciliar. (BRASIL, 2010).

A qualidade da assistência ao pré-natal deve ser construída por meio da valorização dos sentimentos geradas na mulher em decorrência da gravidez, que podem ser explicitadas através temores, suspeitas, ansiedades, fantasias ou até mesmo a curiosidade de como seu bebê está se desenvolvendo (BRASIL, 2006).

Diante disto, este estudo traçou o perfil epidemiológico dos partos cesáreos e normais das gestantes da Unidade Básica de Saúde (UBS) Liberdade, no Município de Itaituba-PA, sendo compostos por uma equipe multiprofissional na qual atuam Médico, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares administrativos, Auxiliar de Serviços Gerais, Agente de Combate as Endemias, Agentes Comunitários de Saúde e Vigias. Sua área de abrangência tem um público amplo de crianças, gestantes e idosos, atendendo a demanda de segunda a sexta-feira, das 07 às 18h, com os programas: Hiperdia, Vacinas, PCCU, MH, TB, LTA, Triagem Neonatal, Consultas Médicas e de enfermagem, visita domiciliar, PSE e Pré-Natal, este último foi de onde extraímos dados da presente pesquisa.

Para tanto foi utilizado um questionário fechado aplicado para selecionar as gestantes dos prontuários a partir de prontuários aplicados as gestantes que compareceu a unidade de saúde no ano de 2015 para a consulta puerperal, tendo como critério de inclusão principal estar escritas no pré-natal da referida Unidade de Saúde da Família Liberdade. Considerando-se a obrigatoriedade do desfecho do

pré-natal, com a consulta puerperal, surgem então questionamentos: Quais fatores epidemiológicos influenciam a escolha das gestantes pelo parto normal ou cesáreo?

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o parto natural é o mais aconselhável devendo dispor de todas as etapas fisiológicas para que se realize, e o profissional somente acompanhe essas etapas durante a assistência no pré-natal. É direito de a gestante optar pelo local onde deseja dar a luz (BRASIL, 2011).

Justifica-se o interesse pelo tema em questão, de que alguns estudos revelam que na maioria das vezes o parto normal é a primeira opção da gestante, independentemente do local de sua moradia, informação que vem contrário com os relatos médicos de que o aumento no número de cesarianas no Brasil é uma opção da mulher (HAUCK, 2010).

O Parto cesáreo quando indicado corretamente traz vantagens, e quando indicado sem critérios podem causar danos irreversíveis para tanto para mãe quanto para o recém-nascido. Devido ao acontecimento cirúrgico, como qualquer tipo de cirurgia, não está livre de acontecimentos contrários ao resultado satisfatório como complicações e acidentes operatórios. (artigo escolha da via de parto)

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Faz-se importante o monitoramento das características que englobam a natalidade, é de extrema necessidade para ter se uma noção de medidas a serem tomadas, considerando a quantidades de pessoas e também o tempo de duração. Existem fatores de grande importância nas necessidades de saúde e sobrevivência infantil, como: peso ideal no nascimento, prematuridade congênitas, com possibilidades de serem descobertas no pré-natal. (BRASIL, 2012b).

A qualidade de serviços ofertados na Unidade Básica de Saúde (UBS) mostra que aumenta a procura por atendimentos em gestantes no pré-natal

A adesão das gestantes ao pré-natal está diretamente ligada à qualidade da assistência oferecida na Unidade Básica de Saúde (UBS), fato este que, considerado essencial para redução dos altos índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil. O objetivo primordial da assistência o pré-natal, é o acolhimento da gestante desde o início da gravidez, tendo em vista que nesse período a mulher passa por grandes transformações, principalmente físicas e emocionais, e cada mulher vive este momento a sua própria maneira. A qualidade da assistência ao pré-natal, deve ser construída por meio da valorização dos sentimentos gerados na mulher em decorrência da gravidez, que podem ser explicitadas através temores, suspeitas, ansiedades, fantasias ou até mesmo a curiosidade de como seu bebê está se desenvolvendo (BRASIL, 2006).

Ainda de acordo com o Manual Técnico de Assistência ao Pré-natal, na maioria das vezes, a consulta de pré-natal, é de natureza simples, oportunizando assim ao profissional de saúde, a implementação de ações que incentivem a relação de confiança entre equipe da UBS e gestante. Essa relação acaba por fortalecer a autonomia da paciente na condução de todo o período gestacional e parto, se seus questionamentos forem respondidos de forma clara e de maneira que passe segurança para ela. O papel do profissional de saúde no pré-natal é garantir o bem-estar da mulher, levando em consideração e sendo sensível a questionamentos que

podem aparentar ser insignificantes, porém para a gestantes pode representar um problema sério (BRASIL, 2006).

O Estado, em todas as esferas, deve garantir assistência pré-natal e puerperal, por meio da rede de Atenção Primária a Saúde (APS), constituída por todas as suas UBS. De acordo com o Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério-Atenção Qualificada e Humanizada estabelece parâmetros que garantem a qualidade da assistência, em (BRASIL, 2005):

1. Inscrição precoce das gestantes no pré-natal com realização da primeira consulta no máximo 120 dias da gestação;

2. Realização de seis consulta, pelo menos, de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;

3. Desenvolvimento de atividades coletivas ou procedimentos no decorrer do pré-natal, tais como:

- 3.1 Escuta ativa das dúvidas e anseio da mulher, elucidando dúvidas esclarecendo sobre o que será feito durante a consulta e os procedimentos a serem adotadas;

- 3.2 Atividades educativas individuais ou em grupo, com linguagem clara e não técnica, afim de esclarecer às dúvidas da gestante ou da família se necessário;

- 3.3 Orientação e estímulo ao parto normal e incentivo ao resgate do parto como algo fisiológico;

- 3.4 Coleta de dados da história da gestante e clínico-obstétrico;

- 3.5 Exames laboratoriais:

- 3.6 Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos;

- 3.7 Avaliação das condições nutricionais da gestante e acompanhamento por meio do Sistema de Avaliação Alimentar e Nutricional - SISVAN;

- 3.8 Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;

- 3.9 Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;

- 3.10 Tratamento de quaisquer intercorrências da gestação;

3.11 Classificação de risco gestacional e detecção de situações de agravo, a serem realizadas na primeira consulta e nas subsequentes;

3.12 Atendimento às mulheres grávidas com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;

3.13 Registro em prontuário e cartão da gestante, até mesmo registro de intercorrências/urgências que demandem avaliação hospitalar em situações que não precisem de internação.

4. Consulta Puerperal até o 42º dia pós-parto, com assistência à mulher e ao recém-nascido (RN) na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral”.

O monitoramento da assistência ao pré-natal, deve ser realizado de maneira organizada e estruturada, para possibilitar essa ação, foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) o Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) um sistema informatizado de uso obrigatório nas UBS e que permite a avaliação da assistência por meio do acompanhamento de cada gestante. O profissional de saúde é o mantenedor da assistência pré-natal e puerperal, e este deve monitorar sistematicamente a atenção dispensada por meio dos indicadores de processo, resultado e impacto, que estão previstos dentro da avaliação da atenção primária. O SISPRENATAL disponibiliza todos os indicadores de processo, por localidade e período, sendo estes um instrumento essencial para a organização da assistência (BRASIL, 2005).

Durante o pré-natal, o aleitamento materno deve ser incentivado, pois esta será a primeira intervenção nutricional na vida o RN, sendo realizada logo nas primeiras horas de vida da prole. Lamentavelmente, ao longo dos anos, amamentar passou a ser considerado por vezes como um “costume ultrapassado”, e seu declínio tem acarretado graves consequências ao RN em todo o mundo, principalmente aos que são concebidos em famílias de situação socioeconômica desfavorável. (AMED *et al*, 2008).



Figura 1 – Incentivo ao aleitamento materno. Fonte Brasil. 2013

Os autores citam ainda alguns fatores importantes no processo de desinteresse no ato de amamentar, sendo estes: A propaganda persistente de multinacionais, fazendo um comparativo por meio de fotos, sugerindo que crianças amamentadas em seio materno seriam menos nutridas que as que se alimentam com leite industrializado; A desatenção das Faculdades de Medicina, em chamara atenção da mulher para a importância da produção de leite em sua fisiologia natural, preocupando-se apenas com as patologias da mama; A criação de berçários que separam o RN das mães, estabelecendo horários fixos para o aleitamento materno, tornando o desmame precoce favorável (AMED *et al*, 2008).

Recomenda-se orientar a mulher a respeito da prevenção de algumas dificuldades que podem surgir no processo de aleitamento como por exemplo a pega

de maneira inadequada do mamilo, pois ao pegar de forma incorreta da região mamilo-areolar, o bebê não conseguirá mamar satisfatoriamente, ficando agitado e choroso, por não conseguir retirar leite suficiente, concomitante a isso a pega incorreta, somente no mamilo, pode causar dor e fissuras deixando a mãe tensa, apreensiva e sem autoconfiança, por vezes imaginando que seu leite não seja suficiente para a nutrição de seu filho; As Fissuras (rachaduras) também representam um problema durante a amamentação, por isso devem estar entre as orientações repassadas a mulher durante o pré-natal, para que mantenha os mamilos secos, evitar o uso de sabonetes, hidratantes além de recomendações sobre como evitar o surgimento de fissuras; e por fim as mamas ingurgitadas que são muito dolorosas, edemaciadas (pele brilhante), podendo causar até febre, a mãe deve estar orientada a, sempre que a mama estiver ingurgitada, espremer manualmente a mama para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas (BRASIL, 2005).

É atribuição do profissional de saúde, principalmente os que atuam em obstetrícia, o empenho no incentivo a prática do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida do bebê, buscando sempre conscientizar as gestantes quanto ao resgate do costume de amamentar (AMED *et al*, 2008).

2.1.1 Rede Cegonha

O governo federal por meio do Sistema Único de Saúde lançou em 2011 uma estratégia denominada Rede Cegonha (RC) com o intuito de diminuir a morbimortalidade materna que é um exemplo de descumprimento aos direitos humanos, no Brasil. Essa estratégia de saúde garante por meio de um canal de assistência “planejar a reprodução”, de receber um atendimento humanizado na gestação, no parto e pós-parto, além disso, o recém-nascido tem assistência garantida durante seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como sua principal característica assegura uma assistência durante a gravidez, no parto e pós-parto, possibilitando o nascimento, acompanhamento e desenvolvimento saudável da criança, direcionado na melhoria da atenção prestada a essas mulheres e crianças com um leque de cuidados

essenciais. A RC também tem como característica implantar um modelo atual de “atenção à saúde da mulher” com foco na diminuição das taxas de mortalidade materno infantil em especial o neonatal (BRASIL, 2011).



Figura 1 – Rede Cegonha. Acompanhamento puerperal e recém-nascida Fonte: Brasil. 2013.

Rede Cegonha aplica uma metodologia que proporcionar às mulheres uma atenção diferenciada à saúde durante o período gestacional, melhorando a qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e incluir acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2013).

A proposta da estratégia é reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos referentes à saúde sexual e reprodutiva de mulheres, homens, jovens e adolescentes, o governo pretende viabilizar investimentos nos serviços de saúde destinados a assistência das gestantes, será ofertado nas unidades básicas de saúde (UBS) e principalmente nas estratégias saúde da família (ESF) o planejamento reprodutivo, o teste rápido de gravidez, prioridade para a inscrição no pré-natal e garantindo o parto e a consulta puerperal (BRASIL, 2013).

O fortalecimento da cultura do parto natural passou a ser mais propagado através das equipes de saúde da família, tornando as experiências da mulher nessa fase da vida um momento de oportunidade para prestar um serviço de qualidade durante a gravidez, o parto e no nascimento (BRASIL, 2013).

A humanização é colocada como assunto fundamental a partir da implementação da Rede Cegonha, o respeito, a dignidade, a assistência durante o pré-natal, o parto e o nascimento são valorizados por todos os envolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS), passa a ser sistematizado e institucionalizado um modelo de atenção para a fase de reprodução da mulher no Brasil, dessa forma coloca-se em prática idéias que há décadas profissionais da saúde, inclusive especialistas de diversas áreas a fins defendiam como propostas para melhorar o serviço de saúde no campo da reprodução humana (BRASIL, 2013).

Uma das prioridades do RC é garantir um pré-natal de qualidade, assegurando seus direitos e cumprindo todas as etapas para uma assistência segura, identificando em tempo quaisquer intercorrência que pode acontecer durante esse período, assim como analisar e observar situações de vulnerabilidade e possibilitar que após parto essa criança seja assistida no período de 24 meses de idade e obter um “planejamento familiar adequado”. De maneira que a RC é sistematizada de quatro componentes: “Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte e Regulação” (MARANHÃO, 2015).

De acordo com (BRASIL, 2014), os índices elevados de mortalidade “materna e neonatal” e o aumento contínuo de cesarianas nos leva a discutir o futuro da assistência prestada na área obstétrica e neonatal. Diminuir os índices de morbimortalidade materna e neonatal ainda é uma grande necessidade.

A assistência no que se refere a profissional de saúde avançou muito, no entanto é necessário que continue melhorando a cada dia, pois ainda se tem a necessidade de preencher alguns espaços na prestação de cuidados, na intenção de assegurar o atendimento conforme as necessidades das pessoas (BRASIL, 2014).

No Brasil prevalece no serviço de saúde o desfavorável índice de partos cirúrgicos, pois apresenta como resultado um percentual nacional de 55,4% de cesarianas (SÃO PAULO, 2013) e elevados números de morte materna incompatíveis com o nível de desenvolvimento do País, apesar de o parto e nascimento ser um processo fisiológico da vida da mulher, a maioria das mulheres têm seus filhos por meio de uma cirurgia, a cesariana, a atenção ao parto natural, por sua vez, é taxada como práticas não recomendada pelas evidências científicas, dando preferência ao parto mecanizado, nesse contexto a Rede Cegonha vem romper paradigmas no sentido de promover mudança desse modelo, e pretende evidenciar o parto normal como algo prazeroso e que toda mulher deveria vivenciar (BRASIL, 2005).

2.2 PARTO NORMAL

Compreende-se o parto normal àquele que não necessita de intervenção em toda duração do trabalho de parto e pós-parto e também se pode considerar “parto humanizado” por respeitar toda doçura que são tratados a mãe e o bebê nessa fase tão maravilhosa. (COREN SP, 2010).

Para o MS, o parto normal oferece menos risco de infecção que a cesariana tanto para a mãe quanto para o bebê. O incentivo à mulher no decorrer do pré-natal e o apoio durante o trabalho de parto é fator primordial para uma boa evolução ao parto normal. Métodos não farmacológicos de alívio da dor e uso de anestésicos,

devem ser utilizados somente em casos de evidente necessidade, o ideal é que o parto aconteça sem intervenções. Por isso proporcionar um ambiente tranquilo e livre de quaisquer perturbações para a parturiente é fundamental. Este tipo de parto pode acontecer em maternidades, Centros de Parto Normal e em casa, neste último caso, recomenda-se o acompanhamento de uma equipe preparada, liderada por enfermeiros-obstetras ou obstetrizes (BRASIL, 2011).

Considera-se a atitude dos profissionais envolvidos de extrema importância, devendo respeitar todas as etapas do trabalho de parto, suprimindo a ansiedade e a expectativa de cada parturiente em todo o período de trabalho de parto e propriamente o parto (COREN SP, 2010).

De acordo com (MACHADO; PRAÇA, 2006), vem sendo implantada a vontade de restabelecer o parto e oferecer um atendimento mais humanizado às gestantes, e com isso vem sendo instituído desde a década de 90 os Centros de Partos Normais com modelos inovadores de assistência em obstetrícia. No entanto essas modificações estão ocorrendo vagarosamente e confronta ao modelo médico, que obedece a procedimentos historicamente intervencionistas (SCHNECK; RIESCO, 2006).

Entende-se que a criação dos CPN procura trazer a prática do parto normal que traz inúmeros benefícios tanto para mãe quanto para o recém-nascido, um deles é: a rápida recuperação pós-parto, menor índice de infecção, hemorragias e outros, com tudo a alta é quase que imediata (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFANNI; BONAMIGO, 2013).

(SCHREINER, 2010) Entende que é plausível buscar outras maneiras que autoriza a mulher obter uma opinião sobre seu próprio parto, podendo colocar suas vontades e desejos, mas que possa esta dentro do nível de segurança de uma “escolha informada”.

Segundo (BEZERRA; CARDOSO, 2011), é preciso ter uma base de segurança emocional, incluindo um acompanhante de sua escolha no momento do parto, sendo que muitas mulheres que são condicionadas a esse procedimento cirúrgico não sabem a verdadeira razão deste procedimento cirúrgico.

(DIAS et al. 2008), analisando o trajeto das gestantes na escolha do tipo de parto no setor privado, relata que no princípio da gestação há um grande percentual

(44,9% a 52,4%) das gestantes preferem o parto normal; e quando caminha para o final da gravidez, 70% destas mulheres preferiam o parto cesáreo.

No que se refere (RUANO et al. 2007) relatam que a dor é um ato de “sofrimento, desgastante e aterrorizante”, vivido por muitas gestantes, motivo pelo qual encoraja as grávidas a optarem pelo parto mecanizado acreditando que o mesmo vai acontecer sem a expectativa da dor.

No estudo de (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006) observaram que o histórico obstétrico da mulher contribui na decisão do desfecho pelo tipo de parto. As mulheres que realizaram cesarianas anteriormente foi as que mais mostraram interesse em programar um novo parto desse tipo, de maneira que também demonstraram o interesse pelo mesmo tipo de parto as mulheres que também realizaram parto normal anteriormente.

Conforme (SHEILA, 2013), o parto normal vem trazer benefícios para ambas às partes, mãe e bebê. Vantagem essas que o parto normal traz é bem menor a probabilidade de contrair infecções; a recuperação se dá em muito menos tempo, estimula melhor a produção de leite materno; aproxima o feto da mãe com o bebê e vice versa, é muito mais econômico partindo pelo lado financeiro, o período de internação hospitalar é reduzido, melhor êxito na recuperação pós-parto; o útero recupera num menor espaço de tempo, nos partos posteriores o tempo de trabalho de parto diminui, o bebê também é beneficiado com inúmeras vantagens, dentre elas; “a diminuição do desconforto respiratório” pois quando o bebê passa pelo canal vaginal seu tórax recebe uma compressão fazendo com que os fluídos internos que se encontram no pulmão sejam eliminados com muita facilidade, as alterações hormonais traz benefícios ao bebê fazendo com que ele fique ativo e responsivo ao nascer, durante a trajetória que o bebê faz passando pelo canal vaginal, seu corpo recebe uma auto massagem, possibilitando que ele não se incomode com o toque ao ser manuseado ao nascer. Mais vantagens são mencionadas pela autora como: posicionar o bebê em cima da mãe logo após o nascimento, pois o contato tranquiliza e acalma os dois. Após fazer a higienização e vestir o recém-nascido, ele poderá ficar ao lado de sua genitora se ambos estiverem em condições favoráveis, pois ambos não necessitam de observação.

Para (MONTEIRO et al., 2010), o nascimento do bebê obedece a própria fisiologia natural da mulher, com isso, envolve vários componentes internos e externos como: os hormônios, as mudanças físicas e emocionais, a família e a comunidade inserida neste contexto, todos tem papel fundamental nessa evolução fisiológica da gestação.

2.2.1 Parto Domiciliar

Para (FIALHO (2008), as grávidas tem políticas que favorece para ela possa ter seu bebê em um local tranquilo e confortável, cercado de profissionais experientes, especializados com dedicação ao nascimento. “É direito dela também ter liberdade de se alimentar, se hidratar, caminhar livremente, assumir a postura que preferir e ter um acompanhante familiar” (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005), no período que antecede o parto e o parto ser comunicada de toda assistência a ser prestada e acompanhar e contribuir com as decisões, os profissionais de saúde tem que orientar as gestantes quanto aos seus direitos e eliminar todas as questões de intervir na assistência ao parto. Para Crizóstomo et al. (2007), o lugar definido para execução do parto. No Brasil um grande parte dos partos é finalizado em local hospitalar, no entanto, as grávidas decidem em sua maioria obter em casas de parto ou até mesmo no próprio residência. O parto natural em casa torna-se opcional para a parturiente, diferente do padrão hospitalar.

A gravidez, parto e pós-parto forma experiência vividas das mais valorosas, com um aspecto favorável e dinâmico para todos os integrantes desse processo fisiológico. Os profissionais de saúde possuem um papel fundamental das vivências adquiridas no decorrer dos anos, utilizando-se desse saber para prestar um trabalho em benefício do bem-estar da parturiente e do bebê; colaborando nas etapas de parto e nascimento de maneira saudável. (WOLFF; WOLDOW, 2008)

2.3 A GESTANTE EM SITUAÇÃO DE RISCO

Por ser um fenômeno fisiológico, a gestação deve ser considerada pela gestante e pela equipe de saúde um processo natural num ciclo de vida saudável, no entanto, implica em riscos para o binômio mãe/filho, e existe um certo número de gestantes que podem vir a apresentar complicações na gravidez, são as chamadas “gestantes de alto risco”. Uma gestação que está se desenvolvendo dentro do considerado baixo risco, por evoluir para alto risco a qualquer tempo, no período gestacional ou no trabalho de parto, dependendo apenas da presença de algum fator gerador de risco gestacional. A identificação de um ou mais fatores de risco nas mulheres em idade fértil, possibilita a promoção da saúde àquelas mulheres que são consideradas vulneráveis, como por exemplo uma portadora de Diabetes *Mellitus*, que precisa estar com a glicemia bem controlada antes de engravidar. (BRASIL, 2012a)

A morte materna, continua sendo um sério problema de saúde pública no Brasil, pois o óbito dessas mulheres acarreta consequências sociais drásticas. Algumas mulheres, durante o período gestacional apresenta maiores chances de evoluir com agravos e complicações de doenças preexistentes, tais situações podem culminar em mortalidade materno/infantil, de forma direta ou indiretamente, diminuir o desfecho da gestação em óbito, demanda um monitoramento efetivo dos fatores de risco perinatal, sendo necessário até mesmo a internação da mulher em alguns casos, para a instituição de tratamento e supervisão diária (LUDUVICE, 2010).

Todo profissional que atua assistência a gestantes, deve ter um olhar atento diante desses fatores de risco, pois é a partir de sua avaliação clínica minuciosa, que poderá ser determinada a necessidade da gestante de receber assistência especializada. Nesse sentido as equipes de saúde que trabalham com o pré-natal de baixo risco necessitam de qualificação para receber as gestantes com fatores de risco para que assim possam prestar um primeiro atendimento no caso de situações imprevistas. Mesmo que a gestante tenha sido referenciada para acompanhamento em unidade de serviço especializado, esta não deve desvincular-se de sua UBS de origem, onde iniciou o pré-natal, devendo haver assim uma comunicação entre as unidades de saúde, quanto a evolução da gravidez, o tratamento indicado, seja por meio da contrarreferência ou busca ativa. (BRASIL, 2012a)

As complicações hipertensivas no período gestacional configuram as maiores causas de óbitos e morbidade materno/infantil, por esta razão é necessário que o profissional de saúde saiba diferenciar com exatidão uma hipertensão primária de uma pré-eclâmpsia. Cerca de 10 a 15% das mulheres. Um percentual entre 10 e 15% das gestantes apresentam sangramentos que possam representar agravo gestacional ou complicações no período gravídico. (LUDUVICE, 2010).

De acordo com (SILVA, 2009), antigamente não havia técnicas que diminuíssem a dor e muito menos exercícios que ajudasse essa atividade. O que realmente acontecia era que as mulheres se isolavam para dar a luz, normalmente sem nenhum cuidado ou assistência, apenas acompanhavam seus intuitos. Quando iniciava as contrações, entendiam que o trabalho de parto havia chegado.

O nascimento é um acontecimento histórico um evento natural e a mulher foi ao longo dessa data a protagonista do seu próprio parto com apoio da parteira de confiança e família. A partir do século XX, esse evento fisiológico que era íntimo da mulher, agora realizado pelo poder publico e com medicamento, isso contribuiu imensuravelmente para o aumento das taxas de cesáreas e morbimortalidade materna e perinatal.

Entende-se que a gravidez é um evento normal e fisiológico e deve ser compreendida tanto pela equipe de saúde como pela própria gestante como um aprendizado de vida saudável englobando atitudes dinâmicas do ponto de vista físico, emocional e social (BRASIL, 2010).

O parto normal é, segundo o MS, o mais aconselhável, devendo dispor de todos os recursos necessários para aconteça, devendo o profissional de saúde avaliar as condições da gestante e do bebê, durante o pré-natal, para identificar possíveis fatores que possam interferir o nascimento via vaginal. A mulher tem assegurado seu direito de escolha quando ao local onde deseja dar à luz (BRASIL, 2011).

Sabe-se que as vantagens do parto normal proporciona a gestante fazer suas escolhas, ela que vai decidir onde, como e quanto será sua participação, sendo ela a protagonista desse momento esplêndido de sua história (OLIVEIRA, 2012).

2.3 Parto Cesário

(BONFANTE et al. 2009), analisaram as condicionantes ligados a preferência da mulher pela cesárea no setor público e privado destacam que, no setor privado, 84,1% das mulheres mensuraram o desejo pelo parto cesáreo e, no setor público, o percentual de mulheres que desejam esse tipo de parto foi menor, 46,2%. Esse desejo pelo parto cesáreo entre as gestantes da rede privada também foi descoberto por (MANDARINO et al. 2009).

Quando a cesariana é realizada com os critérios estabelecidos pelo MS, podem trazer vantagens tanto para a mãe quanto para o bebê, nos dias atuais sabemos que essas práticas fogem de suas finalidades e os altos índices de cirurgias realizadas indiscriminadamente trazem preocupações e possibilita que o parto possa causar complicações para mãe e bebê (PÁDUA et al., 2010).

As cesarianas somam 34% dos partos feitos no Brasil, é uma das causas pela prematuridade em crianças. No Sistema Único de Saúde, esse número causa ainda espanto por fazer parte dessa estatística, o rompimento prematuro da bolsa, gestações de gêmeos e complicações com a saúde da mãe, como hipertensão, infecção urinária, diabetes e tabagismo. O tempo de prematuridade do RN, é que determina qual será a assistência prestada para preservar a vida, entre os que nascem de 34 a 37 semanas, a insuficiência respiratória é o que mais nos preocupa, já com os bebês que nascem antes da 34ª semana, a assistência necessita ser aumentada levando em consideração que seus órgãos internos não se desenvolveram adequadamente tornando-os suscetíveis a doenças infecções e complicações que prejudicam seu crescimento, “por isso, é essencial que o médico especialista “pediatra”, no entanto o leite materno e muito carinho são indispensáveis para garantir uma sobrevivência com saúde para a criança” (BRASIL, 2011).

2.4 PARTO HUMANIZADO

Parto humanizado é sinônimo assistencialismo, valorizando o ser humano como protagonista deste evento, para que a mulher sinta-se acolhida e segura e seus anseios sendo atendidos da melhor forma possíveis com respeito e dignidade (CERQUEIRA, 2005).

A humanização do parto se deu quando os indivíduos que fazem parte desse processo iniciaram uma busca por melhores condições de assistência no intuito de prestar uma assistência à mulher na hora no parto. Inúmeras pessoas e instituições iniciaram uma discussão mostrando interesse com a problemática do exagero de fármacos e outros meios de intervir que infringir os cuidados ao parto permitidos (DIAS, 2006).

No ano de 1970, profissionais intencionados aos meios utilizados pelas parteiras e índios, estimulados pela naturalidade de como ocorriam os partos anteriormente no interesse de trazer de volta o meio utilizado no passado a fim de resgatar o parto humanizado (DINIZ, 2005).

De acordo com Ministério da Saúde, a unidade de saúde deve acolher a mulher e o bebê, utilizando atendimento humanizado, oferecendo condições adequadas para um parto e puerpério honrado (BRASIL, 2008).

2.5 A ESCOLHA DA MULHER PELO TIPO DE PARTO

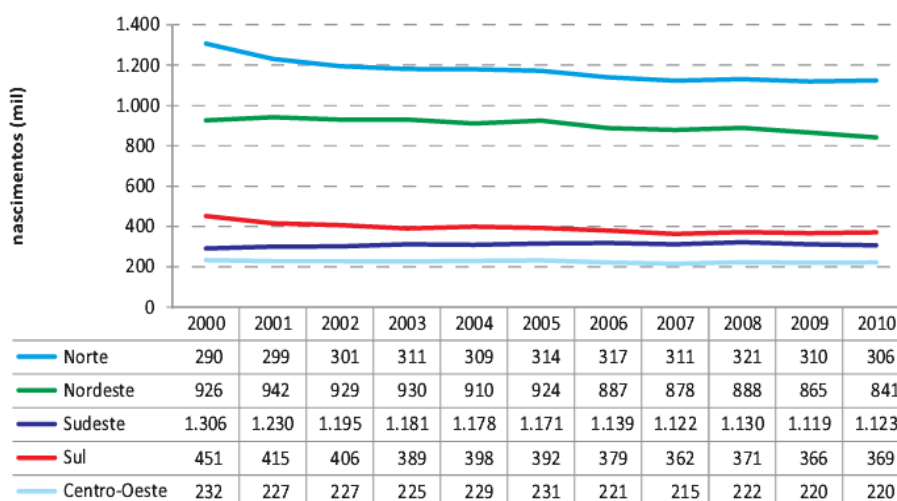
Alguns estudos demonstram que o parto normal, é na grande maioria das vezes a primeira escolha da gestante, independentemente de onde resida, informação que vem de encontro com os relatos médicos de que o crescente número de cesarianas no Brasil é uma opção da mulher. É necessário lembrar o princípio da desmedicalização, tendo em vista a comprovação de a opinião da mulher não está sendo respeitada em relação ao desfecho de sua gravidez, portanto deve-se investigar melhor, quais fatores influenciam os médicos a indicarem a cirurgia. Quanto as mulheres, os fatores determinantes no momento da escolha pelo tipo de parto estão relacionados à direito a analgesia por causa da dor. Desta forma, a qualidade na assistência ao pré-natal, precisa melhorar no que diz respeito a orientação e estímulo ao parto normal, para que est compreenda que é um

processo fisiológico, e pertence a decisão final sobre o desfecho da gestação (HAUCK, 2010).

2.6 PERFIL DOS PARTOS NO BRASIL

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a redução da taxa de natalidade no Brasil entre os anos de 2000 e 2010, somente pode ser verificada graças a alimentação do banco de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, observando-se que a redução de nascimentos no período citado acima foi de 10,8%. Com exceção da Região Norte, todas as demais regiões do país acompanham a redução (BRASIL, 2012b).

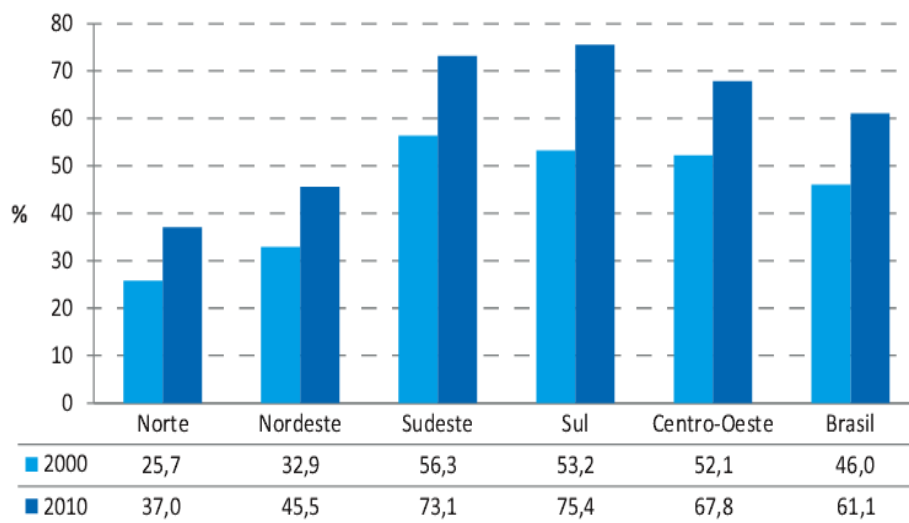
Gráfico 1 –Número total de nascimentos (em milhares) – Brasil e regiões, 2000 a 2010:



Fonte: (BRASIL, 2012B) - SVS/MS//DASIS/Sinasc.

Em se tratando do número de consultas de pré-natal, observa-se um aumento no quantitativo de mulheres que passaram sete ou mais consultas indo de 16% para 61,1% entre os anos de 2000 e 2010, em dados numéricos essa variação representou 271 mil nascidos vivos de mães que realizaram pré-natal com número de consultas satisfatórias. Esse aumento relacionado ao número de consultas, foi verificado nas cinco regiões do país, no entanto ainda com melhora, as Regiões Norte e Nordeste continuaram abaixo da média nacional (BRASIL, 2012b).

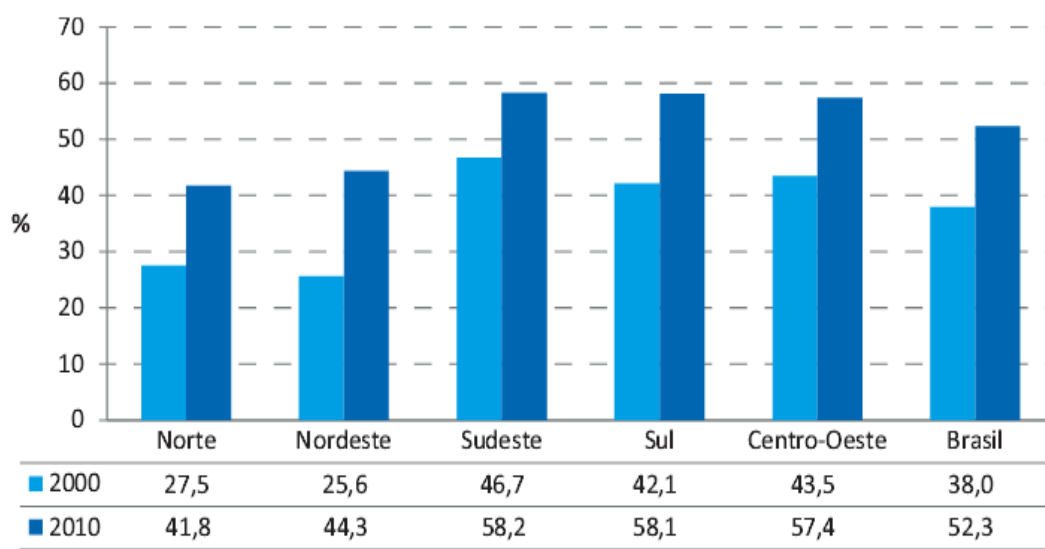
Gráfico 2 - Proporção (%) de nascimentos com sete ou mais consultas no pré-natal, segundo a região de residência materna – Brasil, 2000 e 2010:



Fonte: (BRASIL, 2012B) - SVS/MS//DASIS/Sinasc.

Em relação a o tipo de parto, o Brasil apresenta um aumento de 52,3% no número de partos cesarianos, aumento este, identificados em todas as regiões como demonstrado no gráfico abaixo, chegando a 60% em 2010 nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. As regiões Norte e Nordeste, ainda apresentando proporções bem menores, apresentaram percentuais de 52,0% e 73,2% respectivamente nos últimos dez anos. (BRASIL, 2012b).

Gráfico 3 - Proporção (%) de nascimentos por parto cesáreo, segundo a região de residência materna – Brasil, 2000 e 2010.



Fonte: (BRASIL, 2012B) - SVS/MS//DASIS/Sinasc.

Como observado nos gráficos acima, no que diz respeito a gestante, o Ministério da Saúde afirma que houve um aumento considerável no número de mulheres que passaram por sete ou mais consultas no pré-natal em todo o território nacional, tal fato se deve à diminuição do número absoluto de nascidos vivos nos últimos dez anos. Porém, as Regiões Norte e Nordeste ainda deixam a desejar na cobertura de assistência ao pré-natal, necessitando implementar as ações de promoção à saúde. A constância das desigualdades na assistência ao pré-natal destaca-se, quando relacionada ao nível de escolaridade da mãe, e a cor-raça do RN, mesmo tendo apresentado um significativo aumento da proporção de mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal em todos os níveis de escolaridade e grupos de raça e cor, exceto a indígena. Este fato deve ser considerado de fundamental importância, tendo em vista que este grupo populacional apresenta grande vulnerabilidade. Diante dessa realidade, almeja-se com a Implantação do Rede Cegonha, especialmente nas regiões menos favorecidas, a ampliação e qualificação da atenção mulher grávida e ao RN, proporcionando segurança, humanização e dignidade ao parto e nascimento (BRASIL, 2012b).

Ainda segundo dados do Ministério da Saúde, em relação ao tipo de parto, a cesarianas tiveram um aumento significativo em 2010 de 52% obviamente reduzindo o número de partos normais para 48%, considerado pelo MS como por porção “inaceitável”. Segundo o manual a Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) ao analisar a situação de todos os países, acredita que taxas de cesariana superiores a 15% indicam uso abusivo deste recurso. Todos os dados apresentados no manual técnico, são resultado de estudos mencionais que afirmam que os parto cesarianos no Brasil, ocorrem mais entre mulheres de classes econômicas mais privilegiadas, entre mulheres de cor branca e maior escolaridade, por outro lado o acesso o aumento de cesarianas entre a gestantes com menor poder aquisitivo, por se dever ao fato de maior acessibilidade aos serviços públicos de saúde de maior. No público indígena, a incidência de partos cesáreos é bem menos, podendo estar relacionados além do menor acesso aos serviços de saúde, também a questões culturais. (BRASIL, 2012b)

3 METODOLOGIA

Este estudo será de caráter descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Será realizado na UBS Liberdade, no município de Itaituba no período de janeiro a fevereiro de 2016. Será utilizado questionário fechado, abordando questões sobre o perfil socioeconômico, história gineco-obstétrica e da gestação atual. Serão entrevistadas gestantes que comparecerem para a consulta puerperal no período da aplicação da pesquisa, sendo selecionadas aquelas que forem maiores de 18 anos e estejam devidamente inscritas no pré-natal da referida UBS. As respostas serão condensadas, analisadas e apresentadas em gráficos.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram observadas todas as questões referentes à resolução nº 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, o referido estudo será submetido à análise do Comitê de Ética conforme estabelecido pela Faculdade de Itaituba – FAI.

7. REFERENCIAS

AMED, Abês Mahmed *et al.* Assistência Pré-Natal – Manual de Orientação. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, 2008.

BRASIL, Portal. Partos podem ser realizados em qualquer hospital ou maternidade do SUS. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saúde> acessado em 25/11/2015 às 22h38minh.

BRASIL, Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer *et al.* - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

BRASIL. **Lei Nº 11.108, de 7 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. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 8 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 7 janeiro. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

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.

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado *et al.* A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro v.11, n.1, 2007. ISSN 1414-8145

FIALHO, Tatiana Cupertino. O papel do enfermeiro no parto humanizado. 2008. 38 f. Monografia - (Pós-Graduação em Saúde Pública) - Educação Avançada Ltda., Mato Grosso, 2008.

Hauck, Flávia Terra. Fatores Associados À Referência Da Mulher Na Escolha Do Tipo De Parto. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem: Belo Horizonte, 2010.

LUDUVICE, Gomes, Maysa. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Atencao a Saude. Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas. Gestacao de alto risco: manual tecnico / Ministerio da Saude, Secretaria de Atencao a Saude, Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas. – 5. ed. – Brasilia : Editora do Ministerio da Saude, 2010. 302 p. – (Serie A. Normas e Manuais Tecnicos).

OLIVEIRA, ITAMAR PEREIRA. **Assistência de enfermagem no pré e pós-parto normal**. São Luís de Montes Belos - GO, 24 de Junho de 2012. Acesso em 25 de junho de 2012.

SILVA, J. C. Manual Obstétrico: guia prático para a enfermagem/ Janize C. Silva. - 2. ed. rev. e ampl. – São Paulo: Corpus, 2009.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Rev Esc Enferm USP, v. 40, n. 2, p. 274-279, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/16.pdf>> . Acesso em: 28 abr. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parto natural. São Paulo: COREn-SP, 2010.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. REME - Rev Min Enf., v. 10, n. 3, p. 240- 246, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/413>>. Acesso em: 01 maio 2016.

LEGUIZAMON JUNIOR, T. L.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa das gestantes e obstetras. Rev Bioét., Brasília, v. 21, n. 3, set./dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300015&lang=pt> . Acesso em: 14 fev. 2016.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Ribeirão Preto: Revista Latino- americana de enfermagem, v. 14, n. 3. 2011. CARDOSO, P. O. et al. Morbidade neonatal e materna relacionada ao tipo de parto. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n.2, p.427-435. 2010.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, set./out. 2008.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 226-232, abr. 2006.

MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, jul. 2009.

BONFANTE, T. M. et al. Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. *ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 38, n. 1, p. 26-32, jan./mar. 2009.

PÁDUA, K.S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. v. 44, n. 1, p. 70-9, 2010.

MONTEIRO, D.R.M., et al. O parto com assistência humanizada realizado pelo profissional enfermeiro. *Saúde e Beleza. Web Artigos*, Belo Horizonte, jul. 2010.

GONÇALVES, L. R. R; ALVES, V. H. Manifesto do VI Cobeon pelo Parto Normal Humanizado: Direito de Informação e de escolha. Teresina, 2009.

NASCIMENTO, N.M., et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 456-461, jul./set. 2010.

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=31247>. Acesso em: 4 jul. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

DIAS, Marcos Augusto Basto Dias. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e praticas no cotidiano de uma maternidade publica. (Tese Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2006.

CEQUEIRA, Juliana Martins. Análise da humanização da assistência de enfermagem no parto, 2005. Disponível em: <http://www.equipehanami.com.br/wp-content/uploads/2012/11/Trabalho-de-Conclus%C3%A3o-de-Curso-Parto-Domicliar-A-busca-por-um-parto-humanizado-na-percep%C3%A7%C3%A3o-de-um-grupo-de-mulheres.pdf>. Acesso em: 03 de jul. 2016.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde e Sociedade, São Paulo, vol.17, nº3 Jul./Set.2008. Disponível em: . Acesso em: 04 nov. 2011.