

## Obstetizas e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva

Midwives and obstetric nurses in the Brazilian Unified Health System and Primary Health Care: for a systemic and progressive incorporation

*Las obstetizas y enfermeras obstetras en el Sistema Único de Salud y en la Atención Primaria de Salud: por una incorporación sistémica y progresiva*

Armando Henrique Norman. Universidade de Durham. Durham, Reino Unido. ahnorman@hotmail.com (Autor correspondente)  
Charles Dalcanale Tesser. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. charles.tesser@ufsc.br

### Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar uma proposta de incorporação gradual e sistêmica das obstetizas e enfermeiras obstetras ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Primária à Saúde (APS). A proposta nasceu do contato com a experiência britânica, baseada nas midwives, brevemente descrita. No Brasil, essas profissionais realizariam progressivamente a atenção ao pré-natal, parto e puerpério imediato de risco habitual das gestantes de determinada região, em parceria com as equipes da APS. Assim, poderia ser estabelecido um nicho próprio de realização, monitoramento e avaliação desse cuidado, baseado no ciclo vital específico de cuidados contínuos com as gestantes, em estreita relação com a APS. Existem condições técnicas e institucionais favoráveis para o desenvolvimento desse tipo de proposta, necessitando-se superar os entraves políticos. Sua concretização é uma estratégia potente para a redução dos altos índices de violência obstétrica, especialmente as expressivas taxas de cesáreas no Brasil, contribuindo para a humanização do parto no SUS.

### Abstract

The objective of this paper is to present a proposal for a gradual and systemic incorporation of midwives and obstetric nurses into the Brazilian Unified Health System (SUS) and Primary Health Care (PHC). The proposal was born from contact with the British experience, based on midwives, which is briefly described. In Brazil, these professionals would progressively take over the prenatal, delivery and postpartum care for pregnant women of usual risk in a region, in partnership with the PHC teams. This creates a proper niche for practicing, monitoring and evaluating the pregnancy care, based on the specific life cycle continued care with the pregnant women closely linked to the PHC team. There are technical and institutional conditions favorable to the development of this type of proposal, but there is a need to overcome the political obstacles. Its realization is a powerful strategy to reduce the high rates of obstetric violence, especially the significant cesarean rates in Brazil, contributing to humanization of childbirth in the SUS.

### Resumen

El objetivo de este artículo es presentar una propuesta de incorporación gradual y sistemática de las obstetizas y enfermeras obstetras al Sistema Único de Salud (SUS) y la atención primaria de salud (APS). La propuesta nació del contacto con la experiencia Británica, basada en las midwives, y que se describe brevemente. En Brasil, estos profesionales realizarían progresivamente la atención al prenatal, parto y postparto de riesgo habitual de las mujeres embarazadas en una región, en colaboración con los equipos de APS. Así, podría ser establecido un nicho propio de realización, monitoreo y evaluación de este cuidado, basado en el ciclo vital específico de atención continua con las mujeres embarazadas en estrecha colaboración con la APS. Hay condiciones técnicas e institucionales favorables para el desarrollo de este tipo de propuesta, necesitando superarse los obstáculos políticos. Su realización es una poderosa estrategia para reducir los altos índices de violencia obstétrica, especialmente las expresivas tasas de cesárea en Brasil, lo que contribuye a la humanización del parto en el SUS.

### Palavras-chave:

Enfermagem Obstétrica  
Cuidado Pré-Natal  
Violência contra a Mulher  
Parto Humanizado  
Humanização da Assistência

### Keywords:

Obstetric Nursing  
Prenatal Care  
Violence Against Women  
Humanizing Delivery  
Humanization of Assistance

### Palabras clave:

Enfermería Obstétrica  
Atención Prenatal  
Violencia contra la Mujer  
Parto Humanizado  
Humanización de la Atención

### Fonte de financiamento:

o primeiro autor é bolsista da Capes (processo 10.3212/7); o segundo autor é bolsista do CNPq (processo 312989/2013-0).

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

Recebido em: 26/01/2015.  
Aprovado em: 17/03/2015.

## Introdução

Este artigo surgiu da interação entre o trabalho de campo de doutorado de um dos autores no Reino Unido e sua experiência de mais de 15 anos como médico na Estratégia Saúde da Família (ESF). Ele derivou também de supervisões e debates com o outro autor, que atuou como médico generalista da Atenção Primária à Saúde (APS) por tempo similar e tem pesquisado sobre a APS brasileira. Em uma das discussões e argumentações surgiu o tema do cuidado do pré-natal na APS brasileira, frente às peculiaridades do modelo britânico.

O trabalho de campo na Inglaterra envolveu participar do programa de treinamento dos médicos generalistas britânicos (conhecidos como GPs) por um ano, associado a mais de 5 meses de estudo etnográfico em dois grandes grupos médicos que somados oferecem uma cobertura de APS para aproximadamente 35 mil pessoas. Tanto o centro de treinamento dos GPs como as clínicas de serviços primários localizam-se no condado de Durham, região nordeste da Inglaterra. Entre as várias diferenças entre a ESF e a APS britânica, uma das que chamou atenção, e que tem um grande potencial de contribuições para a realidade brasileira, foi a desvinculação do cuidado pré-natal de baixo risco, tanto dos GPs como das enfermeiras das clínicas da APS.

No Reino Unido as gestantes têm seu cuidado pré-natal e pós-natal imediato (primeira semana) por meio das *'midwives'*. A palavra *'midwife'* deriva de *mid e wife*, do inglês medieval: *'mid'* significava 'estar junto com', enquanto *wife* significava 'mulher', não necessariamente esposa. Ou seja: a mulher que está com a outra mulher para auxiliá-la no momento do parto'.<sup>1</sup> Assim, as *midwives* são o que conhecemos como parteiras no Brasil, comuns antigamente, e ainda hoje, em algumas regiões. No entanto, as parteiras aprendem com outras mais experientes e costumam não ter ensino formal reconhecido. Atualmente, usa-se a palavra obstetrix para designar a mulher que realiza esse cuidado com formação específica regulamentada. A palavra é derivada do latim, a partir do verbo *obstare*: 'para ficar na frente', e do sufixo feminino *'trix'*. Obstetrix seria então, literalmente, 'ficar na frente do bebê, uma vez que está nascendo'.<sup>1</sup> Em ambos os casos, um cuidado essencialmente dentro do universo feminino.

O potencial de contribuições da experiência inglesa, justificador deste artigo, deriva de várias razões e circunstâncias: (1) o *National Health Service* (NHS) segue sendo o melhor modelo internacional de serviços públicos de saúde do mundo;<sup>2</sup> e de acordo com o Banco Mundial<sup>3</sup> teve taxa estimada de mortalidade materna da ordem de 8 por 100.000 gestantes, em 2013; (2) o relacionamento do cuidado pré-natal de baixo risco com o cuidado ao parto (não-complicado) e puerpério imediato permite uma continuidade personalizada de cuidados femininos à gestação, humanização, qualificação e padronização desse cuidado; (3) o deslocamento do cuidado à gestação e ao parto de risco habitual dos médicos para as obstetrixes pode contribuir para a imprescindível diminuição da violência obstétrica no Brasil, assim como do volume de cesáreas desnecessárias.

Os índices brasileiros de cesáreas são vergonhosos há décadas. Em 2012, 55,6% dos nascimentos foram por meio de cesáreas, bem mais prevalentes no setor privado de saúde (85%) que no sistema público (40%).<sup>4</sup> Em janeiro/2015 o governo federal tomou pela primeira vez medidas voltadas ao setor privado: a Resolução Normativa 368 da ANS<sup>5</sup> instituiu a divulgação, sob demanda, pelos planos e seguros de saúde, das taxas de cesáreas dos seus médicos e maternidades. É também expressiva a incidência de outras formas de violência obstétrica<sup>6</sup> registradas apenas recentemente por pesquisas amplas, cujos resultados são preocupantes: 25% das mulheres relataram ter sofrido maus tratos durante o parto e apenas 5% tiveram partos sem nenhuma intervenção.<sup>7,8</sup>

Sabe-se da forte influência dos médicos na medicalização do parto e na indução/realização de cesáreas desnecessárias,<sup>9,10,11,12</sup> bem como do efeito protetor da presença de profissionais não médicos-especialistas no cuidado ao pré-natal e no parto de risco habitual. As taxas de cesárea são menores nos países com maior atuação de *midwives* (obstetrixes e/ou enfermeiras obstetras), e com menor frequência de intervenções, como na Holanda, Nova Zelândia e países Escandinavos.<sup>13</sup> Há também locais com médicos de família e comunidade (MFC) que fazem partos normais, com menores taxas de episiotomia.<sup>14</sup>

A assistência ao parto realizada por profissionais capacitados é o fator mais importante para a diminuição da mortalidade materna. São considerados profissionais qualificados: médicos (inclusive MFCs), obstetrixes e enfermeiras obstetras.<sup>15</sup> Contudo, sabe-se também que a subcultura médica, especialmente a dos obstetras brasileiros, tende a um excesso de intervenções no pré-parto e no parto, abreviando e almejando controlar os processos sobre os quais atuam<sup>16</sup> (no caso, o parto, na direção da cesárea). Por outro lado, a literatura refuta a comum alegação de que o atendimento por obstetrixes e enfermeiras obstetras implicaria maior risco para a mãe e o concepto.<sup>17,18,19</sup>

Supondo que seja acertadamente estimulada e aumentada a formação de enfermeiras obstetras e obstetrizes no país, não há ainda propostas e discussões amplas sobre a integração dessas profissionais ao SUS e à APS de uma forma sistematizada. Elas são mais comumente pensadas como inseridas nos serviços (novos ou já existentes) de atenção ao parto. Conceber e organizar tal inserção seria um passo estratégico para viabilizar e fomentar o estímulo à sua formação e sua incorporação sistêmica no SUS e na APS.

O objetivo deste artigo é esboçar em linhas gerais uma proposta de inserção sistêmica e progressiva das obstetrizes e enfermeiras obstetras no SUS e na APS, inspirada no contato com a experiência específica da Inglaterra. Para tanto, apresenta-se uma breve síntese não sistemática da atuação das *midwives* inglesas no NHS. A seguir, esboça-se uma proposta de incorporação dessas profissionais pelo SUS e pela APS brasileira, acentuando sua atuação, inserção e forma de relacionamento com os serviços de cuidado ao parto e as equipes da ESF. Convém salientar que a ESF é o formato atual de organização da APS no Brasil que facilita a concretização dos atributos clássicos discutidos por Starfield.<sup>20</sup> Por fim, são indicadas direções para a viabilização normativa, financeira e institucional-burocrática da proposta.

## O NHS e a atuação das *midwives* na APS inglesa

O Reino Unido parte do princípio de que o pré-natal, parto e pós-parto imediato são processos fisiológicos e naturais que não devem estar vinculados à noção de patologia. Sendo a gestação parte do ciclo vital normal da mulher, é possível estabelecer ações programáticas claras de cuidado pré-natal, e por isso essa atividade deixou de ser realizada pelos GPs e enfermeiros da APS britânica. Essa opção melhorou muito a qualidade do pré-natal permitindo a padronização dos cuidados e a humanização do parto e puerpério.<sup>21</sup> Por exemplo, as obstetrizes seguem as diretrizes baseadas nas melhores evidências do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), que nas primigestas estabelece dez consultas e nas múltiparas sete consultas.<sup>22</sup>

Esse contexto e a criação do *Royal College of Midwifery* (RCM) fortaleceram a profissão da obstetriz na Inglaterra, bem como os critérios para sua formação. O RCM tem como objetivos três pontos principais: (1) a promoção de partos normais para a maioria das mulheres (denominado de *normalização*); (2) a continuidade do cuidado (do pré-natal ao pós-natal); e (3) promoção do serviço de cuidados maternos que visem a reduzir as desigualdades.<sup>23</sup> Existem duas possibilidades para formação das obstetrizes na Inglaterra. A primeira é um curso específico de tempo integral com duração de três anos, envolvendo conteúdo teórico e prático. A segunda é destinada aos profissionais que já possuem curso de enfermagem e desejam se tornar obstetrizes. Nesse caso, o profissional faz um curso em tempo integral de 78 semanas (cerca de 1,5 anos).<sup>24</sup> Com essa proposta de fortalecimento das *midwives*, o NHS possibilitou criar toda uma linha de comunicação direta com as gestantes para fornecer orientação e informação sobre os cuidados do pré-natal e como melhor planejar o parto.<sup>25</sup>

O cuidado pré-natal está organizado, no NHS, por meio das obstetrizes comunitárias e hospitalares. Elas trabalham em equipes regionalizadas, alternando entre esses espaços. Com isso, a gestante é atendida pelo conjunto de *midwives*, aumentando muito a chance de ser assistida em seu parto por uma delas. Na atividade comunitária, elas são responsáveis por todo o seguimento do pré-natal de baixo risco e do pós-parto imediato, quando visitam a mãe e a criança na primeira semana de vida e realizam a avaliação do binômio mãe-bebê. Elas prestam assistência às gestantes utilizando várias estruturas do NHS, clínicas dos GPs, clínicas das obstetrizes, a maternidade ou mesmo o domicílio da gestante. Da mesma forma, é possível planejar o parto de acordo com vários critérios como lugar (própria casa, casas de parto, maternidade), uso ou não de outras facilidades (por exemplo, banheira), bem como a presença do companheiro ou marido no momento do parto.<sup>26</sup> Atividades clínicas individuais e coletivas são coordenadas pela equipe de *midwives* responsável por uma coorte de gestantes que acompanham e com as quais poderão realizar o parto de acordo com a modalidade escolhida pelas gestantes. Esse modelo assistencial humanizou o pré-natal, parto e pós-parto, diminuindo a violência obstétrica.

As *midwives* trabalham regionalizadas e se referenciam aos médicos de família (GPs) e enfermeiros da área de abrangência, inclusive usando espaços físicos dos centros de saúde, em geral dos bairros das pacientes que atendem. O pré-natal é realizado pela *midwife*, e a gestante pode se auto-referenciar, quando tem certeza que está grávida, ou é encaminhada pelo GP/enfermeiro da APS quando se confirma a gestação. A avaliação de risco gestacional é feita pela própria *midwife*. Ela tem autonomia para realizar todos os procedimentos, cuidados, orientações e exames rotineiros do pré-natal, de acordo com o protocolo do NICE. Caso a gestante seja de risco habitual seguirá o pré-natal normal. Caso haja alguma suspeita ou problema obstétrico, será acionada a equipe de obstetras de referência, para um acompanhamento compartilhado.

Vale destacar que a *midwife* não é uma trabalhadora do centro de saúde (clínica do GP), sendo antes uma parteira oficializada pelo NHS, que cuida das gestantes e dos partos de risco habitual. A estrutura física dos centros de saúde são um apoio que os GPs, em parceria com NHS, oferecem caso o bairro ou comunidade não disponha de unidade assistencial das *midwives*. Elas atuam independentemente da rotina do GP e da equipe de APS, assistindo a um conjunto regionalizado de usuárias nos locais habituais como centros de saúde, clínicas das *midwives* e até mesmo nas instalações hospitalares. Desse modo, o registro do atendimento fica subordinado ao local de preferência de acompanhamento da gestante, sendo seu conteúdo disponível aos profissionais de saúde em cada local de cuidado, via prontuário eletrônico.

Portanto, trata-se de uma primeira linha de frente de cuidado menos medicalizado, realizado na sua quase totalidade por mulheres. As *midwives* funcionam como um filtro antes dos médicos, o que protege as gestantes da obsessão médica por intervenção e doenças. Isso é salutar para quem está vivenciando um momento existencial de culminância da vida, ao gerar dentro de si um novo ser. Poderia até ser considerada, *mutatis mutantis*, uma estratégia de prevenção quaternária.<sup>27</sup>

Assim, os partos normais são da competência das *midwives*, sendo os demais procedimentos reservados à equipe médica de retaguarda, a ser acionada em caso de necessidade. O objetivo é assegurar um relacionamento longitudinal de meses com essa gestante de modo a personalizar ao máximo o cuidado. Como sua rotina de trabalho é toda dedicada ao cuidado das gestantes com baixo risco, dividida entre atendimentos de pré-natal, parto e pós-natal, o trabalho em equipe permite uma flexibilidade que favorece um atendimento ao trabalho de parto por alguém com quem a gestante já teve contato prévio.

Com isso, diminui o envolvimento dos GPs e enfermeiros com as gestantes (aliviando um pouco sua rotina). A equipe de APS fica com uma tarefa a menos, tendo mais tempo para se dedicar aos doentes e ao crescente desafio de prestar assistência a uma população com uma proporção cada vez maior de idosos.<sup>28</sup> Por outro lado, cria-se uma linha assistencial mais clara e definida de cuidados pré-natais, em parceria com as equipes de APS.

Na Inglaterra, a taxa de cesáreas aumentou de 11,3% dos partos em 1989/90 para 22,9% em 2004/5.<sup>29</sup> Em 2013, foi de 25,5%.<sup>30</sup> Não está claro se o aumento é devido a mudanças na prática, à demografia ou à escolha das gestantes.<sup>29</sup> Em 2010, o *Midwifery 2020: Delivering expectation*<sup>31</sup> oficializou a proposta do governo Britânico de consolidar as conquistas das *midwives* e identificar as mudanças necessárias no modo de atuar e nas responsabilidades, bem como na educação, formação e desenvolvimento profissional, necessárias para aprimorar o cuidado às gestantes. Assim, esforços e iniciativas têm sido empreendidos para melhorar essa proporção de cesáreas, divulgando experiências exitosas de boas práticas e aumentando a excelência clínica no cuidado, como, por exemplo, as propostas do NHS *Institute for Innovation and Improvement* voltadas à redução de cesáreas. Serviços com maiores taxas aplicaram-nas com resultados iniciais positivos, havendo uma redução da proporção de cesáreas de 28% para 22%.<sup>32</sup>

## Incorporando as obstetizes no SUS e na APS

Criar e ampliar a formação de obstetizes e enfermeiras obstetras e inseri-las nos serviços de cuidado ao parto (tanto novos como os já existentes) é estratégico e prioritário. Conforme forem sendo formadas, devem ser absorvidas pelo SUS, mas não apenas nos serviços de atenção ao parto, embora talvez num primeiro momento lá elas sejam mais necessárias emergencialmente, como modo de redução urgente da violência obstétrica e do excesso de cesáreas. Entretanto, para facilitar sua atuação e a construção da sua legitimidade junto à sociedade em geral e às gestantes brasileiras (que confiam sobremaneira no profissional médico, mais ainda no especialista), essas profissionais poderiam ser incorporadas também à APS de modo a participar e realizar progressivamente o pré-natal de suas usuárias.

Como uma equipe de ESF tem, em geral, poucas gestantes, uma equipe de obstetizes poderia atuar de forma similar aos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs); atendendo às gestantes e parturientes de determinada região geográfica, de um grupo de equipes de ESF, responsabilizando-se pelas gestantes de risco habitual que a elas serão referenciadas pelas equipes de saúde da família vinculadas. As obstetizes usariam o espaço físico dos centros de saúde tendo como apoio as equipes de ESF. Conforme aumentasse o número das obstetizes e enfermeiras obstétricas, maior seria a participação no cuidado do pré-natal, parto e pós-natal. Dada a diversidade da realidade nacional e os diversos contextos de trabalho e dos serviços de APS, esse processo pode variar, porém o objetivo final é que a equipe de obstetizes assumisse as gestantes de baixo risco das equipes de determinada região, mantendo a referência e a parceria com as respectivas equipes de ESF. Ou seja, as obstetizes teriam progressivamente um papel de centralizar a realização, coordenação do cuidado e

vigilância da assistência à gestante de baixo risco, bem como a realização do parto e puerpério imediato nas comunidades sob suas responsabilidades.

A obstetrix teria uma parte variável de sua carga horária cumprida no cuidado ao parto de suas gestantes (e de outras obstetrixes de sua equipe, se necessário), no local em que a usuária preferisse – domicílio, casa de parto, maternidade. O trabalho em equipe de obstetrixes deveria garantir que parte de sua agenda fosse distribuída em atividades ambulatoriais nos centros de saúde e instituições comunitárias (pré-natal - atendimento individual e coletivo), e outra parte fosse dedicada aos partos e puerpérios imediatos, por meio de visitas domiciliares (VD). Portanto, a equipe de obstetrixes deveria ocupar tanto os espaços comunitários dos centros de saúde como os espaços na maternidade (ou casa de parto, quando existir). Isso exigiria a presença permanente da equipe de obstetrixes na maternidade do município, do distrito ou regional de saúde, ou de uma região de saúde que envolvesse vários municípios muito pequenos. A flexibilidade das agendas das obstetrixes e enfermeiras obstetras permitiria esse múltiplo modo de atuar. É possível que algumas prefiram atuar mais na comunidade, no pré-natal e outras no cuidado direto ao parto; o que poderia ser negociado com os gestores locais, desde que fosse fortemente mantida a sua responsabilidade pela realização e coordenação do cuidado personalizado longitudinal do pré-natal ao parto e puerpério imediato. Para isso, a sua rotina (agenda) deveria ser adequada e flexível, de modo a contemplar as realidades epidemiológicas, sanitárias, geográficas e culturais.

Obviamente, esse processo seria progressivo e diferente conforme os locais, a existência maior ou menor de obstetrixes, etc. O essencial é que seja desenhada sua atuação e viabilizado o início de sua incorporação de forma integrada à APS e aos serviços de atenção ao parto. Na APS, iniciaria com a inserção das obstetrixes e enfermeiras obstetras no pré-natal, em parceria com as atuais equipes de ESF. Com o tempo e com a construção dos vínculos, assim como com sua maior atuação nos partos, progressivamente poderiam assumir mais integralmente o cuidado e a coordenação do cuidado das gestantes de baixo risco.

Os mecanismos legais, burocráticos e institucionais para viabilizar a incorporação dessas profissionais ao SUS e à APS já estão parcialmente disponíveis, especialmente na APS, e seria necessária relativamente pouca adaptação dos mesmos para viabilizar o processo. O mais necessário, sem dúvida, é a clareza técnica e política e o investimento na construção do processo.

Do ponto de vista institucional e político, embora não seja complicado tecnicamente, seria imprescindível garantir espaço adequado e retaguarda médica nos serviços de cuidado ao parto, em que essas profissionais ainda são muito escassas, pouco conhecidas e pouco respeitadas no Brasil. Sua incorporação progressiva melhoraria o papel dos médicos obstetras, que passariam a ser requisitados em situações de maior risco. Nesse sentido, seriam necessários maior iniciativa e protagonismo dos gestores centrais e locais do SUS na normatização e garantia de espaço adequado, para que as enfermeiras obstetras e obstetrixes pudessem atuar nos partos de risco habitual com retaguarda médica especializada não hostil, comprometida com a humanização e com o respeito à parturiente.

Já na APS, a situação é diferente e mais favorável. Os NASFs já estão regulamentados, e seria fácil a inclusão dessas profissionais e a normatização de suas funções e atribuições. Porém, dada sua relevância no enfrentamento da violência obstétrica, outra estratégia seria normatizar uma equipe própria (análoga à dos NASFs) com mecanismo indutor semelhante. O governo federal necessitaria criar uma linha especial de financiamento à sua formação e incorporação, assumindo a totalidade de sua remuneração (e encargos), incentivando os gestores locais e estaduais a adotarem essa estratégia de melhoria da qualidade assistencial do cuidado às gestantes e parturientes.

Como típica atividade de APS, o cuidado pré-natal deve ser acessível e, portanto, as obstetrixes atuariam em direta relação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos e enfermeiros das equipes de ESF das suas gestantes, sendo que todos os profissionais envolvidos deveriam ter facilidade de comunicação com as usuárias (i.e., por e-mail, telefone, etc). Essa estratégia, baseada no ciclo vital específico de cuidado contínuo, faria com que as obstetrixes rapidamente tivessem legitimidade social devido à qualificação, personalização e coordenação do cuidado. Isso fortaleceria os cursos preparatórios de obstetrixes (os quais poderiam ter um programa especial para as enfermeiras já formadas, como na Inglaterra), que tenderiam a se multiplicar com a criação e normatização institucional do espaço de atuação das mesmas dentro do SUS e da APS/ESF.

Há que se desenhar o projeto de formação e incorporação sistêmica e progressiva no SUS das obstetrixes e enfermeiras obstetras, normatizando e garantindo sua ampla atuação na APS e no cuidado ao parto. Isso provavelmente sensibilizaria gestores estaduais e municipais e facilitaria que fossem iniciadas, multiplicadas e disseminadas as experiências concretas (hoje poucas e isoladas, como a do Hospital Sofia Feldman)<sup>33</sup> de uma reforma sistêmica do cuidado ao pré-natal, parto e nascimento, para redução da violência obstétrica no Brasil.

## CONCLUSÃO

Apesar dos avanços significativos no cuidado do pré-natal de baixo risco e da coordenação do seu cuidado por meio dos profissionais da APS/ESF, existe a necessidade de aprimoramento do modelo atual, que não privilegia a continuidade do cuidado, criando uma solução de continuidade entre pré-natal e assistência ao parto. A proposta apresentada estabelece um nicho próprio de realização, monitoramento e avaliação do cuidado materno-infantil baseado no ciclo vital específico de cuidado contínuo com as gestantes em estreita relação com a APS/ESF. Sua concretização pode levar à redução da violência obstétrica, ao deslocar progressivamente o cuidado pré-natal, parto e puerpério imediato para as obstetizes/enfermeiras obstetras, reduzindo as significativas taxas de cesáreas no Brasil, e assim contribuir decisivamente para a humanização do parto no SUS.

## Referências

1. The Free Dictionary by farlex. [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: <http://www.thefreedictionary.com/midwife>
2. McCarthy M. Health system report ranks UK first, US last. *BMJ* 2014;348:g4080. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4080>
3. Word Bank. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births). [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>
4. Ministério da Saúde (BR). DATASUS: Sistema de Informações de Nascidos Vivos. [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892)
6. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Bethesda (Maryland): USAID-TRAction Project; 2010.
7. Leal MC, et al. Assistência ao pré-natal no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl:S85-100 2.
8. Venturi G; Godinho T, editors. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado: Uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: SESC-SP; 2013.
9. Barros, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):635-643. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000039>
10. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*. 2012;22(1):35-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100003>
11. O'Dougherty M. Plot and irony in childbirth narratives of middle-class Brazilian women. *Med Anthropol Q*. 2013;27(1):43-62. <http://dx.doi.org/10.1111/maq.12015>
12. Tesser CD, Knobel R, Rigon T, Bavaresco GZ. Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil. *Sau Transf Soc*. 2011 [acesso em 2014 Jul 01]:2(1), 4-12. Disponível em: <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1088>
13. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesária em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):185-194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>
14. Abenhaim, H. A., Welt, M., Sabbah, R., & Audibert, F. (2007). Obstetrician or family physician: are vaginal deliveries managed differently? *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(10):801-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17915063>
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Reducción de la mortalidad materna: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/ Banco Mundial. Organización Mundial de la Salud: Ginebra; 1999. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/1999/9243561952\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/1999/9243561952_spa.pdf?ua=1)
16. Tesser CD. Três considerações sobre a "má medicina". *Interface*. 2009;13(31):273-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400004>
17. Mouta RJO, Progiante JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(4):731-740. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400015>
18. Narchi NZ. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. *Saúde Soc*. 2010;19(1):147-158. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100012>
19. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;8. Art. No. CD004667. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub3>
20. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002. <http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ExtractPDF.pl?catno=130805&look=default&ll=1>

21. Chamberlain G. British maternal mortality in the 19th and early 20th centuries. *J R Soc Med.* 2006;99:559–563.
22. National Institute for Health and Care Excellence. NICE clinical guideline 62. Antenatal care. 2008 Marc; atualizada em 2014 Dec [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/guidance-antenatal-care-pdf>
23. Royal College of Midwives [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/clinical-practice-and-guidelines/better-births>
24. NHS Careers. Training to be a midwife [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/midwifery/training-to-be-a-midwife/>
25. NHS choices. Your Antenatal care [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/antenatal-midwife-care-pregnant.aspx#close>
26. NHS Choices. Where to give birth: the options [acesso em 2014 Jul 01]. <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx#close>
27. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(9):2012–2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
28. Mangin D, Sweeney K, Heath I. Preventive health care in elderly people needs rethinking. *BMJ.* 2007;335:285. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39241.630741.BE1>
29. Smith A, Dixon A. *The Safety of Maternity Services in England.* King's Fund. London; 2007
30. Department of Health. *Midwifery 2020: Delivering expectations.* London; 2010.
31. NCT Maternity statistics – England [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: <http://www.nct.org.uk/professional/research/maternity%20statistics/maternity-statistics-england>
32. NHS. Institute for Innovation and Improvement [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: [http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_value/high\\_volume\\_care/focus\\_on%3A\\_caesarean\\_section.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/high_volume_care/focus_on%3A_caesarean_section.html)
33. Humaniza SUS, Ministério da Saúde (BR). Experiências do SUS que dá certo. Hospital Sofia Feldman. Belo Horizonte: MS [acesso em 2014 Jul 01]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=P8w-C-DTXGk>