

EL CUIDADO DE LA SALUD MATERNA EN BRASIL Y EL RESCATE DE LA ENSEÑANZA DE OBSTETRAS PARA ASISTENCIA AL PARTO

Miriam Aparecida Barbosa Merighi¹
Dulce Maria Rosa Gualda²

Los autores hacen un breve análisis de la situación del cuidado de la salud materna en Brasil, y con base en sus hallazgos, sugieren transformar el modelo de atención a la mujer y a sus familiares; proponen algunas medidas que incluyen la inserción del trabajo de la enfermera obstétrica y de la obstetra en el contexto actual. Comentan sobre la tendencia actual del cuidado materno en el proceso del nacimiento, el cual presupone la incorporación del paradigma que favorece la fisiología y la valorización de la experiencia femenina, el abordaje centrado en la familia con énfasis en la prevención, educación y relación interpersonal sin dejar de lado la seguridad. Consideran que el modelo del cuidado de la salud que incluye el trabajo de la obstetra, puede mejorar los indicadores de salud materna.

DESCRITORES: enfermería obstétrica; matrona; prestación de atención de salud

O CUIDADO A SAÚDE MATERNA NO BRASIL E O RESGATE DO ENSINO DE OBSTETRIZES PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Os autores fazem uma breve análise da situação do cuidado a saúde materna no Brasil, e com base nesses dados, apontam as transformações no modelo de assistência à mulher e às famílias e propõem algumas medidas, as quais inclui a inserção do trabalho da enfermeira obstétrica ou obstetriz no contexto atual. Comentam que a tendência atual do processo de nascimento pressupõe a incorporação do paradigma que favorece a fisiologia e a valorização da experiência feminina, a abordagem centrada na família, com ênfase na prevenção, educação e relacionamento interpessoal, sem deixar de lado a segurança. Consideram que o modelo de cuidado à saúde, que inclui o trabalho da obstetriz, pode melhorar os indicadores de saúde materna.

DESCRITORES: enfermagem obstétrica; obstetriz; assistência a saúde

MOTHERS' HEALTH IN BRAZIL AND RECOVERING THE TRAINING OF MIDWIVES FOR CARE IN THE BIRTH PROCESS

The authors briefly analyze the situation of maternal health care in Brazil and, based on their findings, they comment that there have been transformations in the health care model for women and families and propose some measures, including recovery of the work of the obstetric nurse or midwife (obstetriz, in Portuguese). They comment that women care tendencies in the delivery process presuppose incorporation of the paradigm of improving the physiology of valuing women's experience, the approach to the family, health advice that prioritizes prevention, education and relationships, without ignoring safety. They appoint that building this health care model, which includes the work of the midwife, may improve maternal health indicators.

DESCRIPTORS: obstetrical nursing; midwives; delivery of health care

INTRODUCCIÓN

En Brasil, los indicadores de salud relacionados a la asistencia obstétrica desaniman. Una cadena de eventos ocasiona su ocurrencia, y su causalidad puede ser atribuida a características socioculturales y económicas de la población, a políticas de salud, a la inequidad y exclusión. La tasa de mortalidad materna es muy alta. El uso abusivo de la cesárea revela la situación que ha contribuido para deshumanizar la asistencia, y la preparación y actuación de los profesionales de salud ha sido objeto de intensos debates. Dentro de esta perspectiva, este artículo tiene como finalidad mostrar datos sobre la salud materna, apuntar tendencias para la asistencia a la salud de la mujer durante el período reproductivo y contextualizar la creación de un curso de obstetricia que privilegie un nuevo modelo de asistencia al nacimiento. Esos aspectos son discutidos con más profundidad en los ítems presentados a continuación.

Situación de la asistencia a la salud materna en Brasil

El análisis de la situación de la salud materna en Brasil muestra el grave cuadro epidemiológico experimentado por las mujeres y sus neonatos y la fragilidad de la asistencia prestada a la población.

Las políticas que vienen siendo adoptadas, los problemas de administración, la reducción del presupuesto y de personal, la falta de material y medicamentos llevaron a la quiebra de la asistencia. El prenatal, cuando existe, es inadecuado. No hay garantía de cupo hospitalario por ocasión del parto. En el proceso de nacimiento es privilegiada la tecnología, la práctica medicalizada, despersonalizada e intervencionista, siendo que las tasas de cesárea son elevadísimas, y los coeficientes de mortalidad materna alarmantes⁽¹⁾.

La mortalidad materna es el indicador que mejor refleja las condiciones de asistencia a la mujer durante el período de embarazo y puerperal, ya que, la intervención oportuna y adecuada, podría evitar la mayoría de esas muertes⁽²⁾.

Datos de 1997 muestran que Brasil presenta un índice de 110 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, números semejantes a los presentados por los países más pobres de América Latina⁽²⁾.

El coeficiente de muerte materna refleja, también, la desigualdad y la exclusión social en el país. Los datos retratan la inequidad y la realidad de

cada región. Así, las regiones menos favorecidas del país presentan un mayor coeficiente de mortalidad femenina por causa de la maternidad. La región norte, seguida por la región centro oeste y noreste, que son las más carentes, son las que presentan los peores indicadores. Las regiones sur y sureste, que son las más desarrolladas, son las que presentan los mejores datos⁽³⁾.

Las principales causas de muerte materna son los síndromes de hipertensión, las hemorragias, las complicaciones del aborto y las infecciones puerperales, siendo consideradas causas directas e íntimamente relacionadas a los factores socioeconómicos, responsables por 89% de las muertes maternas en nuestro país⁽⁴⁾.

Una cadena de eventos ocasiona su ocurrencia. Entre ellos, podemos apuntar: características socioculturales y económicas de la población; patologías propias del estado de embarazo; estructura fragmentada del sistema de salud donde cada cual atiende de modo independiente; ineficiencia del sistema de referencia y contra-referencia; falta o mala distribución de camas destinados a los partos en las regiones, ocasionando una sobrecarga en muchas instituciones; uso abusivo de tecnología e intervenciones obstétricas que favorecen la morbilidad; calidad de los servicios del prenatal que constituye el punto de estrangulamiento de la asistencia⁽⁵⁾.

En relación a los profesionales, específicamente, los bajos salarios tienden a estimular y a justificar la falta de compromiso y la comercialización de la salud. Fallas en la formación y las condiciones de trabajo que propician una asistencia burocratizada; la falta de humanización de la atención donde son priorizadas rutinas alienantes en detrimento de la asistencia a las necesidades individualizadas; las historias de salud y enfermedad de las mujeres son desconsideradas y nuevas tecnologías substituyen gradualmente la clínica.

De modo general, en Brasil, hay distorsiones en la propia concepción de la asistencia al parto en consecuencia del paradigma adoptado que acaba influenciando el modo como esa asistencia es prestada y, consecuentemente, a su calidad, interfiriendo tanto en los procedimientos ejecutados como en las relaciones interpersonales. La cuestión del uso indiscriminado de intervenciones ha sido tratado bajo diversas perspectivas, y el modelo biomédico ha sido apuntado como el gran villano. Dentro de este contexto, corrobora cuantificando el resultado

de una práctica asistencial, las cesáreas en Brasil, cuyas tasas se configuran entre las más elevadas del mundo. El Estado de San Pablo viene presentando en los últimos cuatro años una promedio de 50,3% de nacimientos por cesárea, siendo que, en Brasil, ocurrieron 40,5% de nacimientos por cesárea⁽⁴⁾.

Situación del área educacional

El análisis de la asistencia a la salud materna en Brasil muestra una situación de crisis, y que los problemas en el área educacional no son menores. Hay un desmantelamiento de la enseñanza en todos los niveles, en los cuales está incluida la formación de los profesionales de la salud. La educación de esos profesionales no es un proceso aislado, él está relacionado a la estructura económica y social y establece relaciones con otros varios procesos, más íntimamente con los campos de la práctica⁽¹⁾.

La mayoría de los currículos de las facultades que preparan los profesionales para asistencia a la salud tienen como centro a la biología, siendo que el énfasis del proceso educativo es la enfermedad, los procedimientos técnicos y la tecnología. Además de eso, el ambiente donde ocurre la actividad de enseñanza de campo no posibilita una práctica humanitaria.

Es reconocida la necesidad de reformular el modelo de formación de los profesionales de la salud, considerando la crisis actual en el panorama de la salud, tanto en la perspectiva cuantitativa como en la cualitativa.

El proceso salud enfermedad tiene como características principales la complejidad y la singularidad del vivir humano, demandando una nueva perspectiva de formación profesional. Así siendo, la tendencia educacional actual debe estar pautada en un modelo que tenga como centro lo social.

Por otro lado, la formación de los profesionales de salud necesita recorrer caminos en que este espacio de aprendizaje pueda utilizarse del arte para provocar cambios en la asistencia a fin de formar personas sensibles y aptas a comprender la dimensión del cuidado humano⁽¹⁾.

En lo que se refiere al nacimiento, el desafío está en comprender, rescatar y revelar el proceso como acontecimiento singular, humanizado, alejando la despersonalización y las acciones intervencionistas⁽⁶⁾.

Tendencia de la asistencia a la mujer en el proceso de nacimiento

La tendencia de la asistencia a la mujer en el proceso de nacimiento presupone la valorización de la experiencia de la mujer, el abordaje de la familia considerado como núcleo social básico, y la orientación de la salud. Esta puede ocurrir, tanto dentro como fuera del contexto hospitalario, priorizando siempre aspectos preventivos, educativos y relacionales del proceso, sin que la seguridad sea dejada de lado.

Las enfermeras obstétricas y obstetras tiene formación dirigida para estos aspectos, y los buenos resultados de la asistencia son comprobados a nivel nacional e internacional⁽⁷⁾.

En lo que se refiere a las obstetras, Sheila Kitzinger resalta su importancia a lo largo de la historia, en los diversos sistemas de salud. Al investigar sobre su práctica reconoce que en la mayoría de los sistemas, este profesional, prácticamente, desapareció. Comenta, que en algunos locales se limitan a cumplir órdenes médicas, en otros, su actividad es fragmentada y dirigida para el procedimiento en sí y no para la mujer. Sin embargo en los locales donde actúan con autonomía han obtenido resultados perinatales muy satisfactorios y desempeñado papel relevante en el sentido de introducir cambios, examinando prácticas obstétricas universalmente aceptadas. Resalta que fueron las obstetras que condujeron las investigaciones sobre la práctica de rutina de tricotomía del perineo, el enema y la episiotomía de rutina, constatando que estas prácticas no siempre son benéficas, además de causar extrema incomodidad a las parturientas. Además, según la autora, estudios conducidos en Inglaterra y en los EUA demuestran que partos asistidos por obstetras presentan índices menores de cesárea, fórceps, inducción y control electrónico del foco, siendo que, el uso de medicación es hecho con menor intensidad, y los bebés presentan Apgar elevado y casi no son entubados⁽⁸⁾.

Frente a estas consideraciones creemos que la responsabilidad por la atención del parto normal pueda ser transferida para las obstetras que tiene formación más compatible con la práctica de acompañar el parto y dejar la fisiología actuar, dejando para el médico los casos que presentan riesgo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está de acuerdo y considera que por las características menos intervencionistas de los

cuidados, las enfermeras obstétricas y obstetras son las profesionales más apropiadas para el acompañamiento de las gestaciones y partos normales (OMS, 1996). Este abordaje vislumbra el ingreso por medio de múltiples entradas para la formación de profesionales para asistencia al parto normal. Incluye la actual especialización para las enfermeras obstétricas, después de la conclusión del curso de enfermería, y la formación a nivel de graduación para las obstetras. Con base en esas consideraciones comenzó a ser discutida la posibilidad de rescatar la formación de la obstetra, a nivel de graduación, paralelamente a la especialización en enfermería obstétrica. Esta discusión comenzó en seminarios regulares de la categoría y, internamente, en la disciplina enfermería obstétrica, del Departamento Materno Infantil y Psiquiátrico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Pablo.

En ese sentido se consideró que las graduadas de esos cursos deberían tener el perfil y la competencia para acompañar el proceso fisiológico del nacimiento, contribuyendo para su evolución natural, reconociendo y corrigiendo las desviaciones de la normalidad, y encaminando aquellas que demanden asistencia especializada. Además de eso, tendrían el papel de facilitar la participación de la mujer en el proceso del nacimiento, caminando para el modelo fundamentado en los principios de la humanización que, también según nuestra evaluación, se basa en el respeto al ser humano, empatía, intersubjetividad, participación, vínculo, ofreciendo a la mujer y a la familia la posibilidad de escoger de acuerdo con sus creencias y valores culturales.

La humanización de la asistencia también pasa por el aprendizaje de las diferentes concepciones, valores y prácticas culturales asociadas al parto y nacimiento existentes en nuestro medio (campesinos, indígenas, rurales, urbanas, etc.). Con más acceso a las informaciones sobre los diferentes hábitos y costumbres asociados al nacimiento será posible desarrollar una actitud más flexible y tolerante a las diferencias, con comunicación más efectiva entre profesionales y usuarios, buscando atender a las necesidades de las madres y familias.

La hospitalización ha sido apuntada como un verdadero obstáculo a la humanización de la asistencia al nacimiento. En ese sentido, se propone, actualmente, la creación de centros de parto normal para la atención de bajo riesgo por tratarse de pequeños núcleos asistenciales, menos burocratizados

que ofrecen menores riesgos de infección que las grandes maternidades. Los centros de parto normal pueden ser situados dentro o fuera de la estructura hospitalaria. Cuando está situado afuera es recomendable que sea en las proximidades de una institución hospitalaria con facilidades de transporte para remociones de parturientas con complicaciones. Las enfermeras obstétricas y obstetras serían las principales responsables por el parto eutócico.

Otro aspecto a ser considerado es la sustitución de las prácticas obsoletas por evidencias científicas para fundamentar la práctica obstétrica. A pesar de que algunas ya están bien documentadas, todavía existe desinterés y desconocimiento de esas evidencias, por parte de los profesionales que asisten al nacimiento. Un ejemplo de esta situación es el uso abusivo de cesáreas practicado por especialistas médicos, que han contribuido para la deshumanización de la asistencia, además de ocasionar el aumento de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, sin mencionar el desperdicio de los escasos recursos del sector de salud.

Rescate de la actuación de la obstetra en la asistencia al parto en Brasil

El modelo de atención a la mujer y familia en el proceso reproductivo ha sido reconocido por agentes gubernamentales como necesario. Así, es necesario que sea objeto de políticas nacionales en el ámbito de la salud. Pueden ser enumeradas algunas medidas como la proposición del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento, la creación de Centros de Parto Normal y el financiamiento de cursos de especialización en enfermería obstétrica, ofrecidos por escuelas de enfermería de todo el país.

En lo que se refiere a la asistencia a la salud de la mujer en el período de embarazo puerperal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de la Salud, en Brasil recomiendan una mayor participación de la enfermera obstétrica y de la obstetra considerando la importancia de acompañar el trabajo de parto, mejorar la asistencia al parto normal y disminuir las tasas de cesárea. Como medida de incentivo, desde 1998, quedó establecida en la tabla del Sistema Único de Salud la remuneración del procedimiento de asistencia al parto realizado por enfermera obstétrica⁽⁹⁾.

Hasta 2005, la única vía adoptada para la formación de profesionales de asistencia al parto

consistía en la especialización, teniendo como requisito el curso de graduación en enfermería.

Sin embargo, delante del cuadro de asistencia a la salud reproductiva y publicaciones en la literatura internacional y nacional la temática relativa al papel de la obstetra, comenzó a ser debatida. Así siendo, desde 1998, la Asociación Brasileira de Obstetras y Enfermeros Obstetras – Sección San Pablo intensificó la discusión sobre la enseñanza de enfermería para la asistencia al parto y nacimiento, por medio de seminarios estaduais. Apuntó como principales críticas al modelo actual de formación en el área, la alta inversión financiera y el tiempo excesivamente largo para calificar profesionales para asistencia a la mujer en el ciclo de embarazo. Entonces, se consideró la posibilidad de formación de la obstetra (entrada directa) para la asistencia a la salud de la mujer bajo nueva perspectiva. Se llevó en cuenta también, las evidencias científicas las cuales han relacionado la actuación de la obstetra en la conducción fisiológica y naturalizada del parto y en la personalización y humanización de la asistencia.

En este sentido, la formación de las obstetras pasó a ser ampliamente debatida, considerándose que representa un importante recurso para proveer cuidados de salud a las gestantes, parturientas, puérperas, recién nacidos y familiares.

Los cursos de obstetricia ya existieron en Brasil. Esos cursos comenzaron a ser extinguidos, en el inicio de la década del sesenta. La asistencia la mujer en el período reproductivo pasó a ser de las enfermeras obstétricas formadas en las escuelas de enfermería.

A pesar de que la especialización en enfermería obstétrica ha representado una importante estrategia para capacitación de enfermeras en esa área, esa vía única no estaba atendiendo plenamente la demanda por profesionales en nuestro país, en número expresivo y adecuadamente preparado, considerando el costo y el retorno social en el ámbito de la enseñanza, investigación y asistencia. Se consideró la necesidad de un curso con estructura y duración adecuadas para la calificación de obstetras con ese perfil y competencia que posibilitara participar activamente de las transformaciones necesarias en el modelo asistencial y en el cuadro epidemiológico de la salud materna y perinatal.

La proposición de un curso de graduación en obstetricia por docentes del Departamento de Enfermería Materno Infantil y Psiquiátrica comenzó a

ser pensada en 2001. Tenía como objetivo establecer y desarrollar una modalidad de formación y calificación de profesionales vinculada a realidades locales, en el sentido de producir el necesario y esperado impacto en la calidad a la salud de la mujer y su familia en la región.

Concebimos un profesional, que integrado al equipo de salud, sería capaz de actuar de forma autónoma, responsabilizándose por la asistencia en la gestación y en el parto normal, siendo un recurso importante para proveer cuidados de salud a la gestantes, parturientas, puérperas, recién nacidos y familiares, y promover y preservar la normalidad del proceso de nacimiento, atendiendo las necesidades físicas, emocionales y socio culturales de las mujeres. Por otro lado, este profesional tendría perfil y competencia para participar activamente de las transformaciones en el cuadro epidemiológico de la salud materna y perinatal.

Propuesta de creación del curso

Para atender las demandas sociales fue propuesto un curso de graduación en obstetricia para la Universidad de San Pablo Zona Leste, en el año de 2003, por ocasión de la expansión de 1000 cupos. El nuevo Campus tuvo como propuesta crear una unidad integrada que concentrase cursos de las áreas de Humanidades, Artes y Ciencias, que no eran ofrecidos por la Universidad de San Pablo de la capital. Se idealizó para ser desarrollado en propuestas interdisciplinarias dirigidas a la realidad de la sociedad y de la región, contemplando, nuevas propuestas de enseñanza, garantizando la articulación a la investigación y extensión de servicios a la comunidad.

Con el objetivo de promover el alcance de esos objetivos, el curso fue planificado teniendo como fundamento un Ciclo Básico, en el cual, los alumnos tuviesen la oportunidad de experimentar tres vertientes articuladas de formación:

- Fundamentación en el campo de conocimiento específico del cuidado a la salud;
- Formación general, compuesta por las disciplinas que dan soporte humanístico a los estudios posteriores;
- Formación científica que se desarrolla por medio de la resolución de problemas, en la forma de iniciación científica y en las cuales los alumnos desarrollan proyectos de investigación vinculados a cuestiones sociales.

A partir del ciclo básico, las tres vertientes, de esta estructura, estarían presentes a lo largo de los otros seis semestres del curso. Cada vertiente fue compuesta por disciplinas curriculares, secuenciadas por criterios de continuidad de contenidos y grado creciente de complejidad. Las vertientes que dan estructura al curso de Obstetricia son:

- Bases biológicas de la Obstetricia
- Fundamentos psicosociales del proceso reproductivo
- Asistir/cuidar en el proceso reproductivo

A pesar de que las vertientes tengan una configuración longitudinal, están articuladas para convergir para el contexto práctico y de investigación, por medio de la actividad de campo donde se privilegia la habilidad técnica, expresiva e interactiva y los grupos de Resolución de Problemas, que propician el análisis crítico de las acciones asistenciales. Esos contenidos son, por lo tanto, desarrollados de forma integrada y gradual.

El número de cupos inicial fue de 60, en el período vespertino, y tuvo inicio en 2005. La duración mínima del curso quedó establecida en ocho semestres, y en un máximo en doce semestres. Se estableció como perfil del graduando:

- Reconocer las dimensiones física, emocional y socio cultural que integran la vida de las personas y afectan el proceso reproductivo, determinando acciones de cuidados;
- Comprender el fenómeno de la reproducción como singular, continuado y saludable, en el cual la mujer es el foco central, y que se desarrolla en un determinado contexto socio histórico;
- Propiciar el desarrollo normal del proceso del nacimiento, ofreciendo cuidado y apoyo y asegurando la participación de la mujer y de la familia;
- Desarrollar el proceso asistencial y educativo, fundamentado en la interacción basada en alianzas, posibilitando a las personas que participan tomar decisiones de salud;
- Articular observaciones clínicas, conocimiento científico, habilidad técnica y juzgamiento intuitivo en la tomada de decisiones;
- Valorizar el conocimiento y la actuación interdisciplinares;
- Desarrollar atribuciones con base en la responsabilidad ética política y en la autonomía profesional, teniendo como referencia los principios de equidad, de respeto por la autodeterminación y del ambiente humano.

Competencias y habilidades:

- Prestar y coordinar la asistencia a la salud de la mujer y familia en el proceso reproductivo.
- Actuar en instituciones de salud pública y privada (maternidades, centros de parto normal, casas de parto, ambulatorios, unidades básicas), instituciones de enseñanza y domicilios;
- Actuar en equipo multiprofesional;
- Desarrollar procesos interactivos con los diversos niveles de actuación;
- Contribuir para la construcción del conocimiento del área y fundamentar su práctica en el conocimiento existente;
- Formar recursos humanos en el área específica;

CONSIDERACIONES FINALES

La situación de la asistencia a la salud reproductiva en Brasil presenta un cuadro epidemiológico con altas tasas de mortalidad materna y perinatal, con uso indiscriminado de intervenciones, que son fácilmente verificados en las tasas de cesárea, reflejando en una mala calidad de la asistencia obstétrica.

Lo mismo ocurre con la educación de los profesionales de salud, cuyos datos no son mucho más animadores. Los currículos tienen como centro la biología y son repetitivos. La enseñanza de campo ocurre en un ambiente que desestimula el cambio y no favorece la humanización.

Tanto en las políticas, como en las propuestas de humanización del cuidado, la enseñanza de enfermeras obstétricas y la formación de obstetras han sido valorizadas. Para llenar esa laguna, un curso de obstetricia fue creado, con base en un modelo educacional innovador. El objetivo es posibilitar que los alumnos se transformen en profesionales sensibles y aptos a comprender la dimensión humana del cuidado y participar activamente en las transformaciones del cuidado materno y perinatal, tornándolos en recursos importantes en el cuidado la mujer durante la gestación, parto y puerperio, así como a los niños y a las familias.

Por lo tanto, los autores creen que esos profesionales pueden afectar positivamente los indicadores maternos y perinatales, como en el caso de Europa y de países de América del Norte.

REFERENCIAS

1. Duarte NMN. A formação do enfermeiro para o nascimento e parto. Anais do 2º Seminário Estadual sobre Qualidade da Assistência ao Parto: Contribuições da Enfermagem; Curitiba (PR); 1999. p. 13-18.
2. Tanaka ACd'A. Mortalidade materna. In: Rocha MIB, Araújo MJO, Ávila MB, organizadores. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiê. São Paulo (SP): Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001. p. 23-39.
3. Tanaka ACd'A. Uma aula e muitas lições sobre a mortalidade materna. J Rede Feminista de Saúde 2006 junho; 28: 7-9.
4. DATASUS. Nascidos vivos - Brasil: 1999. [on line] 1999. [citado em 8 jan 1999]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
5. Tanaka ACd'A, 1995. Maternidade. Dilema entre nascimento e morte. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco; 1995.
6. Palha PF, Lopes AMC, Sá LD, Villa TCS. A literatura brasileira no ensino de enfermagem em saúde pública/coletiva. Inform Latino-am Enfermagem 1999 janeiro 01; 3(3):2-8.
7. Cavalcante ESR, Matos RCP, Monteiro JQ. Projeto de assistência ao parto e nascimento por enfermeiros obstetras. Síntese do 1º Seminário Estadual sobre Qualidade da Assistência ao Parto: Contribuições da Enfermagem; 1998 maio 14-15; Curitiba; Paraná; 1998.
8. Kitzinger S. Why women need midwives. In: Kitzinger S. The midwife challenge. London (UK): Pandora Press; 1988. p. 1-20.
9. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (SUI): OMS; 1996.