

Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin

Comprehensive and obstetric care in the Unified Health System (SUS): reflection in the light of Edgar Morin's complexity theory

La integridad y el cuidado obstétrico en el Sistema Único de Salud (SUS): reflexión a la luz de la teoría de la complejidad de Edgar Morin

Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos¹
Bertha Cruz Enders¹
Viviane Euzébia Pereira Santos¹
Dândara Nayara Azevêdo Dantas¹
Larissa Soares Mariz Vilar de Miranda¹

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre a integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Métodos:** Para a construção deste texto tomaram-se algumas ideias do filósofo francês Edgar Morin, Teoria da Complexidade e alguns referenciais do ministério da saúde. **Resultados:** A institucionalização e a hegemonia do modelo cartesiano levaram a segmentação do ser humano e a fragmentação do cuidado e interferiram no alcance da integralidade da atenção obstétrica no sistema único de saúde. **Conclusão:** A assistência ao parto e nascimento precisa considerar o sujeito complexo para conseguir superar o paradigma cartesiano, fragmentado e intervencionista e alcançar a integralidade da atenção obstétrica do sistema único de saúde. **Implicações para a prática:** A busca por um paradigma na atenção à saúde obstétrica centrado na autonomia do usuário, atenção articulada e humanizada favorece a construção de práticas que garantam a integralidade na assistência à mulher.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Obstetria; Sistema Único de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To reflect on the comprehensive and obstetric care in the National Health System in the light of Edgar Morin's Complexity Theory. **Method:** Some ideas from French philosopher Edgar Morin, the Complexity Theory and some references from the health ministry were used to write this text. **Result:** The institutionalization and hegemony of the Cartesian model led to the segmentation of the human being and fragmentation of care and interfered with the achievement of comprehensive of obstetric care in the public health system. **Conclusion:** Delivery and birth care must consider the complex subject to be able to overcome the fragmented and interventionist Cartesian paradigm and achieve comprehensive of obstetric care in the public health system. **Implications for practice:** The search for a paradigm shift in obstetric care centered on user autonomy and integrated and humanized care favors the construction of practices that ensure comprehensive care to women.

Keywords: Integrality in Health; Obstetrics; Unified Health System; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Reflexionar sobre la integridad y atención obstétrica en el Sistema Único de Salud a la luz de la teoría de Edgar Morin. **Métodos:** Para la construcción de este texto, se utilizaron las ideas del filósofo francés, de la Teoría de la Complejidad y algunas referencias del Ministerio de la Salud. **Resultados:** La institucionalización y la hegemonía del modelo cartesiano han conducido a la segmentación del humano y a la fragmentación del cuidado, e interfirieron en la consecución de la integridad de la atención obstétrica. **Conclusión:** La atención al parto y al nacimiento debe considerar el sujeto complejo para lograr superar el paradigma cartesiano y alcanzar la integridad de la atención. **Implicaciones para la práctica:** La búsqueda por un paradigma en la atención obstétrica centrada en la autonomía del usuario, en la atención articulada y humanizada favorece la construcción de las prácticas que garantizan la atención integral a las mujeres.

Palabras clave: Integralidad en Salud; Obstetricia; Sistema Único de Salud; Enfermería.

Autor correspondente:

Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos.
E-mail: flaviaandrea@bol.com.br

Recebido em 22/03/2016.
Aprovado em 06/07/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160094

INTRODUÇÃO

A integralidade da assistência é um dos princípios norteadores das práticas e serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Em termos conceituais, tem sido definida de forma polissêmica. Na perspectiva do cuidado integral, a assistência à saúde deve interligar as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; considerar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo; e articular de forma contínua os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde²⁻⁴.

Diversas políticas e portarias ministeriais foram instituídas ao longo dos anos, no Brasil, no intuito de alcançar a integralidade do atendimento ao usuário⁴. Entretanto, de forma operacional, o alcance desse princípio ainda não é realidade na totalidade das práticas assistenciais cotidianas, uma vez que estas ainda são pautadas na medicalização, verticalização de programas e fragmentação de ações e relações⁵.

No âmbito obstétrico, os programas, políticas e portarias criadas, não conseguiram romper o paradigma hegemônico estruturado historicamente no país⁶⁻⁸, e dessa forma, não impactaram de forma significativa na integralidade, constituindo-se em uma barreira para a efetivação da humanização e qualidade da atenção ao parto e nascimento⁹. Visto que, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, longas filas de espera, baixa qualidade nos atendimentos recebidos, superlotação das maternidades, dentre outros aspectos, compõe a realidade da assistência obstétrica no Brasil^{9,10}.

Essa realidade contrapõe-se aos princípios em questão, que visa a consolidação de um sistema de saúde público cooperativo entre sujeitos trabalhadores, gestores e usuários na realização de diretrizes e ações coletivas, organizadas por lógicas voltadas para a garantia dos direitos sociais¹¹. Além disso, implica em abandonar a fragmentação e à objetivação do homem. Essa proposta associa-se à significação das práticas científicas na pós-modernidade que tem a visão sistêmica de um indivíduo complexo¹².

Destarte, pensar na integralidade e na atenção obstétrica a partir de uma teoria, auxilia na reflexão sobre a fragmentação do cuidado na assistência ao parto e nascimento, na medida em que possibilita um aprofundamento na apreensão dos significados que constituem as várias facetas de um fenômeno sistêmico. Além disso, percebe-se uma lacuna na construção do conhecimento filosófico capaz de conduzir ao entendimento dos aspectos que envolvem essa problemática, bem como suas consequências e ações necessárias para a efetivação dessa assistência de forma global.

Desse modo, se faz necessário compreender a atenção obstétrica em sua complexidade, contradições e incertezas. Para isso, tomou-se algumas ideias do filósofo francês Edgar Morin e da Teoria da Complexidade como fios condutores dessa reflexão, uma vez que, nessa área da saúde, faz-se necessário que as teorias sejam abertas, racionais, críticas, reflexivas, autocríticas, aptas a transformar-se. Assim, o paradigma da

complexidade embasado em princípios complementares e interdependentes definidos como sistêmico, hologramático, do circuito retroativo, do circuito recursivo, da autonomia dependência, o dialógico e o da reintrodução do conhecimento, traduzindo, a compreensão do pensamento. O princípio sistêmico liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, considerando que o todo é mais que a soma de suas partes. Por outro lado, o todo pode ser, igualmente, menos que a soma das partes, quando as qualidades ficam inibidas pela organização do conjunto¹³.

Vale enfatizar que as considerações que se seguem não têm a pretensão de negar a importância do paradigma cartesiano e exaltar somente o pensamento complexo, visto que ao abraçar essa postura se correria o risco da inflexibilidade em relação às formas de pensar. Trata-se de um convite à reflexão e à crítica saudável. No entanto, ao escrever sobre o tema se faz uma escolha e se aponta algumas questões relevantes para a melhoria da atenção obstétrica e neonatal.

Diante dessas considerações, o objetivo deste artigo é refletir sobre a integralidade e atenção obstétrica no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. Destaca-se que sete princípios ajudam a entender a complexidade, são eles: recursividade organizacional, hologramático, circuito retroativo, circuito recursivo autonomia/dependência entre sujeito/indivíduo/ambiente, dialógico, e, por fim, a reintrodução do conhecimento em todo conhecimento¹³.

No que se refere ao primeiro princípio, consiste na união do conhecimento das partes ao conhecimento do todo; o segundo, ressalta que a parte está no todo, bem como o todo está inscrito nas partes; o terceiro princípio, destaca que a causa age sobre o efeito e o efeito sobre a causa, modificando-a, gerando um novo efeito (retroação autorreguladora); o quarto, enfatiza que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz pertencendo a um ciclo auto-organizado; o quinto princípio da autonomia/dependência entre sujeito/indivíduo/ambiente traz a importância da auto e coorganização; o sexto, salienta que a união entre ordem e desordem fazem parte das organizações, de forma que são complementares e antagônicas, formando o todo complexo, isto é, unem-se dois princípios que naturalmente se excluíam; e, o sétimo e último princípio, revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro em uma cultura e época determinadas¹³.

Assim, o homem está inserido no mundo como uma minúscula parte no todo, porém contém a presença do todo na parte. Dessa forma, é imprescindível contextualizá-lo. Este é uma unidade complexa da natureza, apresentando características físicas, biológicas, psicológicas, culturais, sociais, históricas e espirituais. É um ser multidimensional que requer articulação, a identidade e a diferença dos variados aspectos humanos¹⁴. Essas referências conceituais são ferramentas para a compreensão mais alargada das questões relacionadas ao objeto de estudo.

CONCEPÇÕES TEÓRICAS E FILOSÓFICAS DO PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN PARA A COMPREENSÃO DOS ASPECTOS RELACIONADOS AO PARTO E NASCIMENTO

A prática dos profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento permanece voltada para o modelo biomédico, que valoriza o intervencionismo e a institucionalização dessas ações. Nessa conjuntura, a mulher é submetida a procedimentos isolados, normatizados, fragmentados e mecanicistas. Esse fato retrata a negligência no cuidado, pois não atende o binômio em todas as suas reais necessidades¹⁵.

Para o Ministério da Saúde, a fragmentação do cuidado, intervencionismo excessivo e a impessoalidade, presentes no âmbito obstétrico, têm ocasionado sérias consequências e danos no aspecto biopsicossocial para as mães e recém-nascidos¹⁰. Desse modo, a arte do nascimento passou de um acontecimento natural e íntimo, para um evento técnico e medicalizado, conveniente para os profissionais de saúde, mas ao mesmo tempo, desconhecido e amedrontador para as parturientes. Destarte, a assistência ao parto tornou-se mecanicista e impessoal pautada no modelo biomédico, hospitalocêntrico, em que a mulher é submetida a uma gama de procedimentos normatizados⁶. Isso configura a desumanização da assistência obstétrica e neonatal¹⁵.

Assim, a institucionalização e a hegemonia do modelo cartesiano e tecnocrático levaram a segmentação do ser humano e dos saberes, a diluição da subjetividade e a valorização do patológico em detrimento do humano^{13,16,17}. Nessa ótica, ressalta-se o domínio do Paradigma da Simplificação que tem como base a generalização, redução e separação. Esses princípios não permitem a contemplação da realidade em toda a sua complexidade, pois produzem uma concepção simples do universo. Essa postura incorre no risco de olhar para as pessoas como objetos que se assemelham a máquinas e não a organismos¹⁶.

Sabe-se que, por muito tempo, o paradigma dominante na ciência preocupou-se em compartimentar os saberes, dividir o conhecimento em disciplinas, e, estas, em subdisciplinas. Essa hiperespecialização fez com que muitos profissionais se fechassem sobre seus objetos de trabalho, e com isso impediu o diálogo com outras áreas, fato que na área da saúde dificultou o atendimento de forma plena¹⁸. Destaca-se que o cuidado rotineiro, mecânico, centrado nos procedimentos é desumano. Nesse sentido, a atenção integral almeja uma visão ampliada de saúde que se sobrepõe à doença, ao reducionismo, à fragmentação e à objetificação dos indivíduos¹⁹. Nessa abordagem, ele passa a pensar em relações sujeito-sujeito com necessidades múltiplas que precisam ser atendidas no âmbito da transdisciplinaridade²⁰.

Desse modo, se faz necessário avançar na área obstétrica, com vistas a superar o padrão tecnocrático, intervencionista, centrado no corpo, na institucionalização do parto e seguir para um modelo humanista, onde os profissionais de saúde consideram os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociocultural da parturiente²¹. Por isso, o cuidado humanizado no âmbito obstétrico, deve ser abrangente e direcionado à mulher na sua integralidade,

multidimensionalidade, unicidade, no âmbito individual e coletivo, em todas as faixas etárias, dimensões físicas e psicológicas e contextos sociais, econômicos, políticos e culturais em que atuam e geram mudanças²².

Nessa perspectiva, a assistência no ciclo gravídico-puerperal precisa atender a todas as questões que envolvem a mulher. Para isso, deve contar com um atendimento multiprofissional pautado no respeito à fisiologia da gravidez e do parto bem como no diálogo e corresponsabilidade na promoção da autonomia feminina de modo que a mesma possa participar ativamente dessa fase⁷. No entanto, superar o padrão cartesiano, ainda é considerado um grande desafio no âmbito das instituições que integram o Sistema Único de Saúde. Tal fato contraria as recomendações ministeriais, quando afirmam que a humanização fundamenta-se na autonomia e no protagonismo dos sujeitos, na corresponsabilidade entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos e nos direitos dos usuários²³.

Desse modo, pode-se afirmar que existem contradições entre o que é preconizado e o que se desenvolve na prática do cuidado cotidiano no âmbito obstétrico, configurando-se dessa maneira a importância do princípio dialógico, ou seja, a partir da convivência entre ideias e ações antagônicas, complementares ou concorrentes, podem formar novas organizações. Nesse sentido, ações voltadas para a melhoria desse atendimento foram estabelecidas dentre as quais se pode destacar a Rede Cegonha, que dispõe sobre a importância de evoluir para a adoção de um modelo humanista no âmbito da obstetrícia²⁴.

Frente a esse novo momento, percebe-se que apesar do paradigma cartesiano, ainda nos dias atuais, determinar predominantemente o modo de conhecer, pensar e agir dos seres humanos, no decorrer da história da ciência, um novo paradigma denominado Complexidade, começa a emergir²⁵. Como complexidade, Morin sugere uma relação de dependência entre múltiplas dimensões dos saberes da biologia, antropologia, sociologia e física de forma a contrapor-se aos mecanismos reducionistas e simplificadores. Isso, por meio de um pensamento que, não separa, mas, une os aspectos da vida humana, integrando os diferentes modos de pensar. Na complexidade existe uma organização com contexto, com as partes e o todo, com o todo e as partes e das partes entre si. Isso demanda pensarmos os conceitos sempre como incompletos, de forma a estabelecer juntas entre o que foi separado e buscar compreender a multidimensionalidade²⁶.

Assim, a teoria da complexidade possibilita uma abordagem que considera o que é "tecido junto", ou seja, considerar as partes distintas, que se articulam na composição do todo, ou do fenômeno, inseridas em um contexto que comporta as contradições em uma perspectiva dialógica, possibilitando, assim, apreender os fenômenos complexos¹⁶.

O Paradigma da Complexidade é um conjunto dos princípios que, ligados uns aos outros podem determinar as condições de uma visão sistêmica do universo (físico, biológico e antropossocial). A partir dessas considerações, afirma-se que é inviável conceber a hominização somente como uma evolução biológica, espiritual, nem somente sociológica, mas sim como

uma morfogênese complexa e multidimensional, resultante das interferências genéticas, ecológicas, cerebrais, sociais e culturais²⁷. O ser humano é complexo e traz em si ao mesmo tempo modos de ser antagônicos e complementares e tem sua autonomia dependente da condição genética, cultural e social, o que não o impede de decidir e atuar no mundo em que vive^{13,16}. Diante dessas considerações, se pode afirmar que a integralidade aproxima-se da ideia da transdisciplinaridade que visa a realização do diálogo entre todas as disciplinas, sem que se promova a sua homogeneização ou que se crie outra²⁸.

Acrescenta-se que os profissionais isolados perdem suas aptidões naturais para ampliar os conhecimentos e para agregá-los. O diálogo entre os diversos saberes e a sedimentação de um trabalho interdisciplinar favorece a atenção integral. Assim, o recorte das disciplinas impossibilita compreender, o complexo, ou seja, aquilo que está organizado em rede, já que a falta da não percepção do global conduz ao enfraquecimento da responsabilidade e da solidariedade entre os seres humanos¹³. Estudo aponta como barreira para o cuidado integral, a formação de profissionais ainda dentro de uma lógica reducionista e hospitalocêntrica²².

Conforme Morin, a interligação recursiva das noções de hierarquia, centralização e especialização da concepção simplificadora em que as instituições são inseridas é insuficiente para responder à complexidade da auto-organização e, apesar de tal estrutura apresentar vantagens, comporta também riscos e fragilidades, como o caso da burocracia¹⁴.

A reintrodução do conhecimento que reflete na formação acadêmica dos profissionais que irão compor a práxis, dialogar com o paradigma positivista de formação acadêmica e a importância do trabalho interdisciplinar¹⁸. O propósito do pensamento complexo é sensibilizar para as carências do modelo fragmentado e compreender que um pensamento mutilador conduz necessariamente a ações mutilantes¹⁶.

Nesse enfoque, o Ministério da Saúde define entre as linhas de cuidado prioritárias no âmbito do novo modo obstétrico vigente, a proposta de qualificar os profissionais para promover atenção humanizada, transdisciplinar e sistêmica no intuito de alcançar a integralidade⁷. Nessa perspectiva, a nova proposta, apresentada pela Rede Cegonha, que dispõe sobre a equipe multidisciplinar para a assistência ao parto e nascimento, aponta para a importância da qualificação, sobretudo do enfermeiro, ao considerar que a assistência, quando realizada por esses profissionais demonstram menores taxas de intervenções bem como maior satisfação das parturientes e familiares²⁹.

Desse modo, recomenda que haja incentivo na formação e qualificação do maior número dos profissionais de enfermagem na condução do parto de risco habitual para se alcançar mudanças nas práticas e rotinas institucionais, uma vez que a organização da instituição reflete na atenção e na prática da obstetrícia. Assim, de acordo com o princípio da recursão organizacional, pode-se afirmar que a partir da união do conhecimento das partes ao conhecimento do todo pode-se alcançar a superação da fragmentação das ações e alcançar a integralidade da assistência no que concerne sobretudo ao parto e nascimento.

Nessa perspectiva, a inserção do enfermeiro obstetra na equipe multiprofissional é considerada uma proposta relevante para a superação dos entraves e obstáculos na consolidação da política de humanização. Para isso, se faz necessário também uma rede de atenção à saúde articulada que possa dar resposta adequada e rápida à essas e outras demandas⁷.

Além disso, é preciso sensibilizar indivíduos, familiares e comunidade, a fim de empoderá-los sobre seus direitos e propiciar autonomia aos sujeitos. Esse processo exige um trabalho entre os profissionais de saúde, a sociedade e a implementação de políticas públicas favoráveis ao controle social³⁰. Nessa abordagem, Morin, reconhece que cada ser humano tem direitos iguais, e são responsáveis por si, pelos outros e pela vida. Ressalta que mesmo diante de processos individuais, genéticos, familiares, sociais e em situações autônomo-dependentes, não se pode abolir sua autonomia para estabelecer estratégias frente aos conhecimentos e experiências. Ademais, tem consciência, moral e reflexiva, potencial e criatividade para fazer escolhas, perseguir fins, dispor de suas liberdades e manifestá-las, de tal maneira que seja capaz de mudar as atitudes e assumir um compromisso ético na perspectiva da integralidade¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na reflexão proposta, é possível perceber que a assistência ao parto e nascimento deve ultrapassar o conceito do corpo sob a ótica de uma máquina centrada em condutas fragmentadas e intervencionistas. Nessa perspectiva, precisa resgatar o processo de construção da saúde obstétrica de modo a considerar todas as questões e necessidades que envolvem o sujeito complexo para, assim, conseguir refletir sobre as possibilidades de práticas multiprofissionais nessa área. Assim, o conceito da integralidade encontra-se imbricado em toda reflexão sobre as mudanças nos modelos de atenção em saúde com alicerce no pensamento complexo como alternativa de superar o paradigma cartesiano, fragmentado e intervencionista, ainda muito presente na maioria nas instituições de saúde.

Para isso, se faz necessário, vontade política que possibilite a reestruturação na formação, na articulação de redes por linhas de cuidado e setores sociais bem como a participação da população e o compromisso de todos os profissionais de saúde em romper com o modelo hegemônico pautada na hiperespecialização e passem a adotar a teoria da complexidade com vistas às transformações necessárias no âmbito do cuidado à mulher e ao neonato fundamentado na política de humanização.

Assim, é chegada a hora de se buscar um novo paradigma na atenção à saúde obstétrica centrado na autonomia do usuário enquanto sujeito protagonista de direitos bem como na atenção articulada e humanizada e atitude ética nas relações intersubjetivas. Nessa perspectiva, a enfermagem obstétrica ganha destaque, visto que forma profissionais reflexivos e capazes de trabalhar em cooperação com os demais membros da equipe na construção de novos caminhos, possibilidades e práticas de modo a garantir a integralidade na assistência à mulher, ao bebê e à família.

REFERÊNCIAS

1. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; [periódico na internet], Brasília (DF), 19 set 1990; [citado 2016 jan 9]: Seção 1: 1. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
2. Silva RVGO, Ramos FRS. Integralidade em saúde: revisão de literatura. Cienc. cuid. saude [on line]. 2010; [citado 2016 jan 05]; 9(3):593-601. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8726/6640>
3. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde. 2010 ago; 12(2):109-14.
4. Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Saude soc [online]. 2010 sep; [citado 2016 jan 10]; 19(3):497-508. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/03.pdf>
5. Lucchese R, Vera I, Pereira WR. As políticas públicas de saúde - SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. Rev. Eletr. Enf [online]. 2010; [citado 2016 jan 10]; 12(3):562-6. Disponível: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a21.htm
6. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
7. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BR). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 24 jun 2011; [citado 9 jan 2016]: Seção 1: 1 Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
8. Ramalho KS, Silva ST, Lima SM, Santos MA. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits [online]. 2012; [citado 2016 jan 10]; 1(1):11-22. Disponível: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/462/198>
9. Assunção MF, Soares RC, Serrano I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. Serv. Soc. Rev [online]. 2014 [citado 2016 jan 10]; 16(2):5-35. Disponível: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/14401/15183>
10. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. Rev. gauch. enferm. [online]. 2010; [citado 2016 jan 10]; 31(4):708-14. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a14v31n4.pdf>
11. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev. saude publica [online]. 2006; [citado 2016 jan 10]; 40(spe):73-8. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>
12. Silva Junior AG, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini M, Valéria GC, organizadores. Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.27-41
13. Morin E. Os sete saberes necessários para a educação do futuro. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
14. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 20ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.
15. Hilana DD, Dafne PR, Eryjoso MG, Maria VCG, Pamela NL, Nayara SM. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery [online]. 2014; [citado 2016 jan 10]; 18(2):262-9. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf>
16. Morin E. A via para o futuro da humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2013.
17. Morin E. Ciência com consciência. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
18. Morin E. Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar. Rio de Janeiro: Garamond; 2010
19. Pinheiro R, Matos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: HUCITEC; 2004.
20. Scarparo HBK. Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. Barbarói [on line]. 2006; [citado 2016 jan 10]; 25:115-130. Disponível: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/731/612>
21. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
22. Mota MF, Zampieri Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [online]. 2010 set; [citado 2016 jan 08]; 10(3):359-67. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>
23. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: rede de colaboração de humanização da gestão e da atenção do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
24. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
25. Morin E. O método 4: as ideias, habitat, vida, costumes, organização. 5ª ed. Porto Alegre: Edição Sulina; 2011.
26. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Tradução de Elaine Lisboa. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.
27. Morin E. O enigma do homem: para uma nova antropologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1979.
28. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. Ciênc. Saúde Colet. [online]. 2010 jun; [citado 2016 jan 08]; 15(Suppl 1): 1685-1698. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/080.pdf>
29. Overgaard C, Moller AM, Fenger-Gron M, Knudsen LB, Sandall J. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. BMJ Open [online]. 2011; [citado 2016 jan 08]; 1:1-11. Available: <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000262.full.pdf+html>
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.