

A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO PRÉ-PARTO E PARTO

Marisa Gonçalves Brito Menezes¹

Daniella Fernandes Soares Dias²

RESUMO:

Este estudo tem como objetivo obter conhecimentos sobre a assistência que deve ser prestada à mulher no período pré-parto e parto; após a implantação da Política Nacional de Humanização, além de conhecer medidas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto ao Programa de Humanização, desvendar aspectos históricos do parto e informar sobre a implantação da assistência humanizada no parto.

Palavras-chave: Aspectos Históricos do Parto, Humanização da Assistência no Pré Parto, Humanização da Assistência no Parto, Parturiente, Política Nacional de Humanização.

ABSTRACT:

This study aims to get knowledge about the assistance to be provided to women during antenatal and childbirth, and after the implementation of the National Policy of Humanization, besides getting acquainted with the measures advocated by the Unified Health System (SUS) and the Humanization Program, revealing historical aspects of delivery and reporting on the implementation of humanized childbirth aid.

Keyword: Historical Aspects of childbirth, Humanize Pre –childbirth aid, Humanization of Assistance at Birth, Parturient, National Humanization Policy.

1 INTRODUÇÃO

O tema saúde possui grande relevância social por sua importância inerente ao ser humano e por ser um direito fundamental de cidadania reconhecido em texto constitucional.

Históricamente era de responsabilidade exclusivamente feminina a assistência ao parto, em que essa prática era realizada apenas por parteiras e assim, o ato fisiológico de parir e os acontecimentos na vida da mulher se sucediam em suas próprias residências.

¹ Docente no Curso de Enfermagem da FAPAM – Faculdade de Pará de Minas. E-mail: menezeszz@ig.com.br

² Bacharel em Enfermagem pela FAPAM – Faculdade de Pará de Minas. E-mail: daniiffdias@hotmail.com

Atualmente, o procedimento cirúrgico do parto passou a ser usado sem justificativas obstétricas adequadas, utilizando-se de medicação excessiva em um processo fisiológico como o ato do nascimento, impossibilitando um melhor vínculo mãe-filho.

Diante de tal situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), têm proposto mudanças na assistência, incluindo o resgate ao parto natural e dando estímulo ao profissional Enfermeiro para atuar na assistência à gestação e parto, principalmente, para aquelas que são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Vislumbra-se que a maioria das Instituições de Saúde (IS's), atendendo as orientações dadas, afirma estar em processo de implantação do atendimento humanizado, propondo novas formas de acolhimento e utilização de técnicas.

Fazem-se necessárias transformações, principalmente quanto à mudança de condutas dos profissionais que prestam a assistência. A humanização do parto é um termo mais abrangente do que se imagina, pois envolve questões como a legitimidade científica, política, epidemiológica, financeira, profissional e corporativa, além de proporcionar a participação da parturiente nas decisões sobre a sua saúde, obtendo o direito ao alívio da dor.

A origem do interesse em realizar esta pesquisa deu-se a partir da percepção pessoal das dificuldades vivenciadas pelas parturientes, quanto ao desamparo, à insensibilidade e ao fato de vislumbrar o despreparo profissional para um atendimento que se deveria levar em conta o momento de vulnerabilidade, uma vez que o parto provoca medo, dor, desespero e angústia. Ainda hoje, todas essas emoções são vivenciadas com maior intensidade quando encaradas na experiência de um atendimento desumano e tecnicista. Entende-se que os profissionais de saúde devem avaliar as atividades realizadas para que, caso seja necessário, revejam conceitos e mudem suas condutas. A finalidade da pesquisa é mostrar aos profissionais das IS's e aos demais que se interessarem pelo tema, os resultados da avaliação do serviço prestado alertando-os para as demais prioridades relatadas.

A importância da pesquisa sobre humanização na saúde ancora-se no fato de que a instituição de uma Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão do SUS implantada há apenas cinco anos é uma política ambiciosa e necessita de compreensão, reflexão e discussão, pois se reconhece que essa proposta abarca um grande progresso quanto às relações, subjetividades, formas de comunicação, participação e gestão. Entretanto, para que o projeto obtenha sucesso, fazem-se necessárias construções e reconstruções contínuas por se tratar de uma política que propõe mudanças essenciais ao projeto assistencial do SUS e que pretende fixar raízes.

A pesquisa teve como objetivo geral obter conhecimentos sobre a assistência que deve ser prestada à mulher no período de pré-parto e parto após a implantação da PNH, assim como conhecer medidas preconizadas pelo SUS quanto ao Programa de Humanização; levantar aspectos históricos do parto e informações sobre a implantação da assistência humanizada ao parto segundo a PNH.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de revisão bibliográfica, para o qual foram utilizados artigos científicos colhidos de anais eletrônicos.

A pesquisa eletrônica foi realizada no período de janeiro e fevereiro de 2010, na base *online* SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e foi ampliada por meio de *sites* governamentais onde foi possível buscar informações até então não encontradas.

Como critério de inclusão, foram utilizados artigos através do descritor: *humaniza SUS* e *humanização do parto*, todas eles tendo sido editadas no prazo máximo de dez anos, em língua portuguesa. Foram excluídas as duplicidades, os artigos em língua estrangeira, aqueles não coerentes com a temática pesquisada e os que não compreendem o período de registro determinado. Foram encontrados 185 periódicos que apresentavam combinações das palavras-chave. A partir dos critérios descritos anteriormente, 20 artigos foram selecionados, por abordar de forma satisfatória a atender os objetivos propostos da temática.

Procedeu-se então a análise do material, seguindo as seguintes etapas: na primeira fase foi a *Leitura Exploratória*, feita a fim de conhecer todo o conteúdo do referencial coletado. Já a segunda etapa foi a *Leitura Seletiva*, feita para que, dentre o material coletado, fosse escolhido os específicos, de acordo com o propósito do estudo. Foi realizada a *Leitura Analítica* ou *Reflexiva* com a finalidade de apreciar e julgar as informações e por fim, realizou-se a *Leitura Interpretativa*, que ofereceu o significado mais amplo aos resultados obtidos na Leitura analítica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Política Nacional de Humanização

Em busca das mudanças necessárias para fazer avançar o sistema de saúde, criou-se em 2003 as bases da PNH, e que foi formalizada em 2004 e denominada de HumanizaSUS. A PNH

surge como uma compilação de projetos e programas humanizadores da assistência, com o objetivo de superar a fragmentação dessas iniciativas com o intuito de englobar, rearticular e potencializar suas ações, bem como “espraiando o conceito de humanização para o conjunto de práticas de saúde do SUS” (BRASIL, 2003).

Para Santos Filho, Barros e Gomes (2009), as diretrizes da PNH possuem suas orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas diversas, como a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras. As ações, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio da construção de estratégias embasadas nas necessidades destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que preconiza o SUS. Entre as ações propostas pela PNH está o acolhimento com classificação de risco, o colegiado gestor, a visita aberta e direito a acompanhante, equipe multidisciplinar de referência, projetos cogestidos de ambiência e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST). A implantação dessas ações se efetiva caso a caso, considerando-se a especificidade dos serviços, partindo sempre da análise dos processos de trabalho, processos que nunca se repetem. A PNH traz, em seu escopo, a articulação de um conjunto de referenciais e instrumentos operando com eles para disparar processos.

Oliveira, Collet e Viera (2006), de forma bem sucinta, afirmam que humanizar a assistência em saúde sugere ouvir o usuário e os profissionais de saúde para estabelecer um diálogo e construir ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir do respeito, do reconhecimento mútuo, da solidariedade, enfim, da dignidade ética da palavra.

Segundo Deslandes (2005), a grande contribuição da PNH está em posicionar a subjetividade em lugar de destaque. Reconhecer a centralidade dos processos de subjetivação de todos os atores envolvidos na saúde para a modificação de práticas, culturas e sujeitos.

A subjetividade fomentada pela PNH é a de sujeitos autônomos, participativos e cidadãos possuidores de direitos e deveres. Assim, questões sobre comunicação, relacionamentos, capacitação, distribuição de poder, participação, ambientes, gestão, autonomia, condições de trabalho e afetos são importantes serem discutidos, debatidos, compreendidos e articulados, já que não são estanques, além de ser a partir dessas proposições que a política almeja ser consolidada.

Segundo Brasil (2004), faz-se necessário a tríplice: gestor, prestador e usuário. Para preservar o conjunto de condições morais que envolvem o conjunto acima descrito é necessário equilíbrio e harmonia no processo de produção de saúde.

Dentre as políticas públicas que compõem o sistema de saúde brasileiro está a PNH, defendida como prioridade pelo MS (BRASIL, 2003). Höfling (2001) revela que não há consenso sobre a definição do que seja uma política pública, porém já Frey (2000), afirma que é importante ressaltar que existem políticas públicas de diversas naturezas: econômicas, tecnológicas, ambientais e sociais.

Brasil (2008) revela que o MS enfatiza que a PNH é uma política pública que difere de um programa e ressalta ainda uma importante característica dessa política: “a humanização é vista não como um programa, mas como uma política pública que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS”. Essa afirmação pode indicar que um programa, na ótica do MS, restringe-se a uma área de atuação específica, o que reduz seu potencial de ação e transformação. Já a PNH como uma política “garante maior abrangência e capilaridade em todos os espaços de atenção e gestão do SUS” (BRASIL, 2003, p. 7).

No ano de 2008, comemoraram-se os vinte anos do SUS, no entanto, ainda se fazem necessárias ações que contribuam para o seu aperfeiçoamento, visto que muitos problemas ainda persistem. Para Brasil (2008), a desvalorização do profissional de saúde com relações conflituosas entre si, condições de trabalho que deixam a desejar, divisão dos processos de trabalho e pouco investimento em capacitação se fazem presentes, além da rede assistencial fragmentada com uma participação popular insipiente, e um fraco vínculo com o usuário.

Nesse cenário, o MS se atentou para o “despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” e “a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de Trabalho” (BRASIL, 2004, p. 8).

Apesar de toda a comoção diante da nova política, mudanças na atenção tornam-se ainda necessárias, incluindo a assistência prestada às parturientes, para fazer valer e objetivar o idealismo muitas vezes demonstrado em suas diretrizes, diante das necessidades dos gestores, profissionais e principalmente da população usuária.

3.2 Aspectos históricos do parto

De acordo com a OMS o parto normal é um processo natural, e conseqüentemente, não deve sofrer interferência no seu curso.

Dias e Deslandes (2006) afirmam que o parto natural é um evento de proporções físicas, psicológicas e culturais, e as últimas horas de gravidez são determinadas, na maioria das vezes, por dores fortes devido às contrações uterinas que irão ocasionar à dilatação do colo uterino e consequentemente a expulsão da criança pelo canal vaginal.

Diniz (2005) revela que um grupo elitizado de mulheres americanas e europeias, na primeira metade do século XX, tinham seus partos quando as mesmas encontravam-se inconscientes. Eram utilizados opioides e amnésicos, porém gerava uma alta taxa de morbimortalidade. O colo uterino era dilatado por instrumentais e a criança retirada com fórceps altos. A partir dos anos 50 em países industrializados o modelo hospitalar torna-se dominante, as mulheres, agora conscientes, vivenciam os partos, assistidas por estranhos longe do seu habitat natural.

Moura et al. (2007), afirma que historicamente era de responsabilidade das parteiras a assistência ao parto e essa prática era realizada nos próprios domicílios. As mesmas autoras ainda confirmam que a partir do século XX, precisamente na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, o que favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo e deu lugar a vários outros atores que conduziram o processo.

De acordo com Diniz (2005), as parturientes da segunda metade do século XX eram submetidas à abertura da musculatura e tecido erétil vulvar e vaginal, e mesmo em primíparas, a extração do concepto era realizada por fórceps o que ainda é utilizado até os nossos dias em várias IS's. A mesma autora afirma ainda que as mulheres beneficiadas pelos atendimentos do setor privado não eram expostas a esses procedimentos, pois se favoreciam com a cesariana.

Fabri et al. (2002) afirma que, no entanto, não se pode deixar de ressaltar a importância do procedimento cirúrgico em casos nos quais o risco da parturiente e da criança se fazem presentes como acontece nos casos de sofrimento fetal agudo, apresentação pélvica e distocias. Os mesmos autores revelam outras causas que motivam a realização do procedimento, entre eles a inadequada assistência médica, a precária educação das gestantes e as causas de natureza econômica entre outras, o que favorece um aumento significativo nas estatísticas.

Porém o que se vislumbra na maioria das vezes é, que durante a gravidez, indiferente da gestação possuir ou não adversidades, após cálculo da data prevista para o parto é marcada a cirurgia eletiva. Como toda grande cirurgia, faz-se necessária a administração de analgésicos potentes, a parturiente passa a não mais vivenciar os momentos de dor, desta forma, ela não irá vivenciar o ato de parir, no sentido literal da palavra. Apesar dos benefícios existentes com a técnica

cirúrgica para os casos devidamente indicados, existem também os riscos, que são inevitáveis, destacando-se em curto prazo, complicações anestésicas tardiamente. Pode-se enumerar da mais simples a mais complexa, que vai desde dor pós-cirúrgica, infecções puerperais e até mesmo um quadro de septicemia.

O procedimento cirúrgico do parto passou a ser usado sem justificativas obstétricas adequadas, utilizando-se de medicação excessiva em um processo fisiológico como o ato do nascimento, impossibilitando um melhor vínculo mãe-filho (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Segundo Rattner (2009), a atenção à saúde da parturiente e do recém-nascido tornou-se, como no setor industrial, uma linha de produção. É sabido que algumas maternidades, dotadas de médicos cada vez mais especializados e subspecializados realizam cesarianas indiscriminadamente como se fossem uma linha de produção, sendo agendadas de 70 a 100% de cesáreas, o que faz com que o ato de “dar à luz” passe a adquirir características de bem de consumo.

Diante da situação vivenciada, Diniz (2005) expõe que nos últimos 25 anos, teve início um movimento mundial para priorizar a tecnologia devida, a fim de favorecer o melhor intercâmbio parturiente/cuidador e a desincorporação de tecnologia danosa a este movimento. Aqui no Brasil o movimento recebeu a denominação de humanização do parto. Na década de 50, na Europa, surgem os movimentos de *parto sem dor*, *parto sem medo* e *parto sem violência*, já nos Estados Unidos, temos a vertente *do parto natural*.

Segundo a mesma autora o movimento de humanização do parto do Brasil teve início na década de 1970, porém, foi por volta de 1980 que vários grupos que prestaram assistência humanizada à gravidez e parto propuseram mudanças em suas práticas. Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto (REHUMA), tendo como integrantes profissionais da saúde, médicos e enfermeiros oriundos das áreas da obstetrícia, saúde pública e de Organizações Não Governamentais (ONG's), além de usuárias, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas alternativos e profissionais liberais.

Estão sendo criados os Centros de Partos Normais, que visam atender às normas pré-estabelecidas pelos órgãos competentes. Diferem das demais Instituições Hospitalares por não atenderem as parturientes em blocos cirúrgicos obstétricos, o que favorece e possibilita a presença de acompanhante, resgata a excelência de dar à luz e garante a segurança da parturiente e do recém-nascido, como revela Machado e Praça (2006).

Entretanto, um grande número de IS encontra-se com dificuldades nas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto, devido à infraestrutura física da maioria dos hospitais, por terem

construções antigas, que não permitem o resgate integral ao parto natural proposto pela OMS e pelo MS.

De acordo com Hoga (2004), a primeira Casa de Parto foi implantada pela Fundação Zerbini do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, vinculado ao projeto de Qualidade Integral em Saúde (QUALIS) em 1998, e mediante as experiências vivenciadas, o MS confirmou sua importância e instituiu o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo e baixou a Portaria de Criação do Centro de Parto Normal com a finalidade de prestar assistência humanizada e de qualidade ao parto fisiológico. No mesmo ano, “surge no Rio de Janeiro a primeira maternidade pública *autodefinida* como humanizada, que recebeu o justo nome de Leila Diniz” (DINIZ, 2005, p. 5).

3.3 Humanização no parto

O termo humanizar é utilizado na assistência ao parto há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Como humanizar o que já é humano? Quando falamos em humanização do parto significa que devemos ter uma compreensão do mesmo como experiência humana, para prestar uma assistência adequada diante do sofrimento do outro.

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana, e para quem o assiste uma mudança no "que fazer" diante do sofrimento de outro humano (DINIZ, 2005).

O parto, ao contrário do que defende a versão medicalizada, não é um evento patológico, mas sim natural e biológico vinculado ao contexto familiar. No entanto, deve-se mudar o direcionamento da assistência que detém a mulher como refém e incapaz de participar do momento sublime de parir.

A mulher deve ser encorajada a conhecer seu corpo, observar a dinâmica uterina, controlar a respiração e até mesmo compreender a dor como parte integrante do processo do nascimento de seu bebê.

A humanização visa, além da tentativa de despertar esse tipo de consciência, busca valorizar a relação entre as pessoas tentando fortalecer o vínculo do novo membro com a família.

“O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de proposta de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços, conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes”. (DINIZ, 2005, p. 8).

A mesma autora afirma que o termo humanização é utilizado nos diálogos entre os profissionais, a fim de amenizar a violência institucional e que demonstra uma reivindicação de legitimidade.

No que diz respeito à humanização do parto, Priszkulnik e Maia (2009) informam os cuidados que devem ser dedicados à parturiente:

Na admissão: respeitar a privacidade da mulher e a escolha do acompanhante. Na falta de acompanhante, oferecer a possibilidade de acompanhamento por *doulas*, que são mulheres voluntárias e disponíveis para auxiliar a parturiente durante o trabalho de parto e que já tiveram experiência de parto natural.

Durante o trabalho de parto e parto: oferecer líquidos adoçados desde que não haja contra indicação para tal, por via oral para prevenção de episódios de hipoglicemia, até o momento em que a mulher entra em franco trabalho de parto; disponibilizar suporte emocional empático; prestar informações sempre que necessário e sempre que a paciente e/ou acompanhantes e familiares solicitarem; respeitar o direito da mulher à realização ou não da episiotomia, por se tratar de uma incisão do períneo nem sempre obrigatória; cortar o cordão umbilical somente após a parada dos batimentos, ou seja, da pulsação do cordão; encorajar a posição supina; proporcionar liberdade de deambulação e movimentação; promover o alívio da dor por meios não-farmacológicos e/ou invasivos; utilizar-se de massagens, técnicas de relaxamento, banhos de imersão e outros procedimentos indicados para tal; monitorar o feto por meio de ausculta intermitente, além do bem-estar físico e emocional da parturiente; realizar exame rotineiro da placenta pela inspeção acurada; utilizar-se de ocitócitos no terceiro estágio do parto se houver risco de hemorragia; prevenir episódios de hipotermia do neonato; favorecer a amamentação na primeira hora, o que irá garantir o bem estar fetal e a liberação endógena de ocitocina, que irá promover toda a fisiologia necessária à mulher nesta fase.

Não existe evidência que justifique a permanência das mulheres em posição dorsal durante o trabalho de parto. As gestantes devem ser estimuladas a se movimentar e a adotar posições verticalizadas que sejam confortáveis para ela, sem a interferência dos profissionais de saúde. Provavelmente a gestante mude de posição diversas vezes durante o trabalho de parto, já que nenhuma posição é confortável por muito tempo, sendo a dor geralmente um parâmetro na busca de novas posições, a fim de facilitar a descida do feto (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

A dor do parto é em grande medida iatrogênica, amplificada por rotinas como a imobilização, comumente utilizada através da permanência em decúbito lateral esquerdo, a fim de favorecer a oxigenação fetal; o uso abusivo de ocitócitos, com a finalidade de induzir o parto estimulando as contrações; a realização da manobra de Kristeller, adotada por grande parte de

profissionais, com a intenção de facilitar “descida” da criança; a episiotomia, que busca viabilizar uma expulsão menos agressiva ao períneo e a episiorrafia, que nada mais é que a sutura da incisão realizada, entre outras. Por isso a experiência para o profissional, de atribuir esses procedimentos dolorosos, e para parturiente de submeter-se a eles, é muito diferente com e sem a anestesia peridural. Suportar a dor da paciente, provocada pelos procedimentos indicados, pode ser uma experiência muito penosa também para o profissional, pois acaba se tornando uma fonte de estresse.

Diniz (2004) afirma que em um estudo recente, a disponibilidade da anestesia peridural, bloqueio este que confere a parturiente apenas perda da dor e preserva a sensação tátil e pressórica, com ou sem perda de movimento, foi considerada pelos médicos o fator mais importante na lista de "boas condições de trabalho do obstetra".

Ainda que a anestesia seja formalmente prevista e pagável desde 1998 pelo SUS (portaria/GM/MS 2815), na prática é inviabilizada, pois o pagamento do procedimento "parto" foi aumentado de valor, sem incluir honorários específicos para o profissional anestesista. Essa ideia da humanização, que coloca a anestesia de bloqueio peridural como condição necessária no parto, é sempre referida à tradição hipocrática, ao papel humanitário do médico, que resgataria a parturiente da pena do Gênesis, uma ação em defesa das mulheres e seus direitos. A escolha ou a contingência, por parte do profissional, da assistência ao parto sem analgesia é considerada pelos médicos má técnica, "tigrada" ou "medicina para pobre", orientada pela carência de recursos. Seria papel do SUS oferecer a indulgência desta pena a todas, democraticamente (DINIZ, 2005).

Desta forma, investir na capacitação dos profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros para oferecer assistência obstétrica menos intervencionista e iatrogênica, como a que se tem presenciado ao longo das últimas décadas, assume prioridade na redução da morbimortalidade perinatal e materna.

Segundo Dias e Deslandes (2006), humanização ,que ainda se consolida como um conceito, é geralmente utilizada para designar uma forma de cuidar mais atenta, tanto para os direitos de cidadania, quanto para as questões intersubjetivas entre pacientes e profissionais, que tende a uma modificação de cultura do atendimento. Sua incorporação ao discurso de segmentos da população, de organizações não governamentais, de profissionais de saúde e pelos formuladores de políticas públicas para o sistema de saúde tem se dado sob a forma ampliada de uma demanda por maior qualidade da assistência.

Porém, Dias e Domingues (2005) revelam que, embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica perda de poder. Abandonar rotinas que adéquam o trabalho de parto ao

modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a intenção de efetivar a assistência humanizada é preciso construir uma nova filosofia organizacional, uma cultura de humanização. A consolidação desta proposta demandará ainda um longo tempo. A construção dessa nova cultura envolve a participação de todos os atores do sistema de saúde e se dá aos poucos, durante o processo de discussão, elaboração, implementação e análise das ações, campanhas e programas. É bom lembrar que humanizar é um verbo pessoal e intransferível, posto que ninguém possa ser humano em nosso lugar e é multiplicável, pois é contagiante.

Nos dias de hoje, o atendimento às parturientes mudou, sendo inquestionável a melhoria que os estudos científicos e o avanço da tecnologia têm proporcionado à qualidade do amparo obstétrico. A mudança da assistência ao parto para o âmbito hospitalar introduziu o uso de várias técnicas, porém, percebeu-se muitas vezes que houve uma distorção, uma vez que os novos procedimentos deveriam proporcionar maior segurança à vida, tanto da parturiente quanto do neonato, nem sempre os fazem.

Para a realização do parto humanizado, observa-se que as medidas necessárias não implicam grandes transformações dentro das estruturas hospitalares, o que contradiz as experiências vivenciadas nos hospitais atualmente. A mudança de paradigmas na assistência obstétrica é um obstáculo ainda árduo a ser vencido.

Percebe-se que existem ainda IS's que, apesar de paramentadas para prestar a assistência humanizada, este atendimento ainda não é totalmente oferecido pelas mesmas, de forma a atender e alcançar os objetivos propostos e preconizados pela OMS e MS, pois não é realizado um serviço de orientação às parturientes dos benefícios terapêuticos e de como realizá-los. É fundamental que o enfermeiro conheça a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento, com o objetivo de selecionar estratégias e ações adequadas para resolver as necessidades da parturiente.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Relatório de atividades 2003. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília, 2008.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 06, nov./dez. 2005.

DESLANDES, Suely, F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface-comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, set. 2005.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F.. Expectativas Sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2006.

DINIZ, C.S.G. **Os desafios da mudança: expectativas e satisfação de usuárias e profissionais frente à humanização do parto**. Relatório de pesquisa de pós-doutorado. Fapesp/CEMICAMP. (Mimeo), Campinas, 2004.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, jul./set. 2005.

FABRI, R. H. et al. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 01, jan./abr. 2002.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21 – jun./2000.

HÖFLING, E. M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Caderno Cedes**, ano XXI, n. 55, nov. 2001. p. 31-41.

HOGA, L. A. K.. Casa de parto: simbologia e princípios assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 05, set./out. 2004.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n.05, jun. 2006.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 04, jul./ago. 2007.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 02, mar./abr. 2006.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 01, 2009.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface-comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl.1, 2009.

SANTOS FILHO, S. B. ; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunicação – Educação – Saúde**, Botucatu, v.13 supl. 01 2009.