

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Curso de Serviço Social

Ana Maria de Carvalho Borba

Anderson Nunes da Silva

Maria Luiza Vieira da Silva Cordeiro

Marusan Ferreira Santos

**A ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO
E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

São Paulo

2015

Ana Maria de Carvalho Borba
Anderson da Silva Nunes
Maria Luiza Vieira da Silva Cordeiro
Marusan Ferreira Santos

**A ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO
E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção de título Bacharel em Serviço Social. Orientador(a): Profa. Maria de Lourdes H. Santana

São Paulo
2015

**Ana Maria de Carvalho Borba
Anderson Nunes da Silva
Maria Luiza Vieira da Silva Cordeiro
Marusan Ferreira Santos**

**A ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO
E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Serviço Social.
Orientador: Prof.^a. Maria de Lourdes H. Santana

São Paulo,de de 2015

Banca Examinadora

.....
Prof.^a. Maria de Lourdes Hipólito Santana

.....
Prof.^a. Dra. Marlene Almeida de Ataíde

Algumas pessoas marcaram as nossas vidas, deixaram mensagens que nunca se apagaram das nossas mentes, se tornaram aprendizados que levaremos para sempre conosco. E nem sempre é por meio das palavras que aprendemos: Ética, generosidade, amizade e humildade são atitudes e qualidades que veem nas ações, e que ficaram de exemplo e inspiração.

Professora, você foi uma das pessoas mais marcantes em toda nossa formação, foi alguém que nos fez repensar o nosso lugar no mundo, e a importância do nosso modo de estar no mundo. Nós a admiramos profundamente e temos uma grande estima pela sua pessoa.

Obrigada por dedicar-se ao seu trabalho com tanto entusiasmo e dedicação. Você faz os seus alunos se sentirem especiais e pessoas capazes de alcançarem os seus sonhos. As lições que aprendemos com você estarão sempre conosco, por isso você será a nossa eterna professora.

Obrigada, eterna professora Maria de Lourdes H. Santana!

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar forças e por iluminar o meu caminho na conclusão desse sonho.

À nossa orientadora: Maria de Lourdes Hipólito Santana, pelo incentivo, dedicação e empenho que demonstrou no decorrer de nossa trajetória nesse estudo. Essa pesquisa não seria possível sem você. Obrigada!

Aos meus pais, Zélia e Olympio, sou muito grata a vocês por tudo que fizeram por mim. Por me ensinarem o que é certo e errado, por me incentivarem sempre a estudar, a buscar e realizar meus sonhos. Obrigada pelo carinho, amor incondicional e pelo apoio. Ao meu pai que já não está mais entre nós, sei que onde estiver estará muito feliz. Agradeço principalmente a minha Mãe, minha amiga, que esteve comigo nesses quatro anos, escutando meus desabafos e me dando forças para continuar. Mãe obrigada por ser essa pessoa tão especial, que tomou conta da minha filha para que eu pudesse estudar, e por tudo que você deixou de lado para que eu realizasse o meu sonho que se tornou também o seu sonho. Essa vitória não seria possível se não fosse por vocês. Eu amo muito vocês.

A minha filha Julia, procurei palavras que descrevessem a sua importância em minha vida... Mas nesses anos de busca ainda não consegui encontrá-las. Peço-lhe desculpas por esses quatro anos que você se entristecia quando eu saía de casa para ir para faculdade. Se fiz o que fiz só foi pensando em você. Te amo filha.

Ao meu marido Marcos, quando olhamos para o nosso lado e vemos alguém que está sempre presente, uma pessoa que nunca nos deixa desanimar, só podemos estar grata, pelo apoio, pela força, compreensão e companheirismo em todos os momentos da graduação e por estar sempre presente nos momentos mais importantes da minha vida. Meu ombro amigo de todas as horas, que nos momentos tristes estava sempre me dando forças para continuar. Obrigada por tudo amor. Eu te amo muito.

Aos meus irmãos: Não fui eu que escolhi que vocês fossem meus irmãos, mas jamais eu trocaria vocês por outras pessoas. Quis o acaso que fizéssemos parte da

mesma família, mas não é por acaso que eu sou tão feliz em ter vocês do meu lado. Muito obrigada pela força nesses quatro anos, não foi fácil mas chegamos lá.

Colegas de graduação: Agradeço imensamente alguns colegas pela força, no momento em que mais precisamos, contamos com elas e elas estavam lá: Elisabete, Neide e Janaina. Obrigada meninas.

Ana Maria de Carvalho Borba

Agradeço a Deus, por ter me dado a vida. Agradeço a todos os professores desta Universidade pela dedicação, por contribuírem com nosso aprendizado. Um agradecimento em especial a mulher e companheira de todas as horas Fernanda Nunes da Silva, minha gratidão, carinho e meu eterno amor.

Anderson Nunes da Silva

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A minhas filhas Noemi e Helóisa que apesar de todas as dificuldades me fortaleceram.

A minha orientadora Maria de Lourdes Hipólito, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus patrões, pelo incentivo e apoio.

Em memória dos meus pais Geraldo e Luiza.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Maria Luiza Vieira da Silva Cordeiro

Dedico este trabalho a minha mãe, Aurinda e a todas as pessoas que me apoiaram durante o meu período de formação acadêmica.

Primeiramente, a Deus por me dar forças e coragem para terminar esse desafio e concluir este sonho que não foi fácil por ter muitos obstáculos.

As minhas filhas, Camila, Geovana e Luciana.

A minha orientadora professora Maria de Lourdes Hipólito Santana, que com paciência e sabedoria contribuiu na conclusão deste trabalho.

Marusan Ferreira Santos

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”.
(Michel Odent)

RESUMO

O movimento da Reforma Sanitária representou uma mudança na área da saúde pela sua importância no processo saúde e doença. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com o objetivo de proporcionar atenção integral com a participação comunitária. Entretanto, as dificuldades históricas originadas de um modelo tecnicista, acrescidos de determinantes sociais, têm contribuído para um atraso na efetivação desta política. Esta política visa, entre outras características possibilitar um adequado acolhimento e escuta dos sujeitos, embora, historicamente as relações burocráticas e impessoais, priorizem a valorização da doença e não da pessoa doente. Neste estudo descrevemos os métodos e a sua eficácia, no parto humanizado, com enfoque na atenção do processo saúde e doença, envolvendo conhecimentos que desenvolvam ações de promoção e prevenção durante o parto, objetivando, portanto, nascimentos saudáveis e a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Para tanto, este trabalho realizou pesquisa bibliográfica, utilizando artigos referentes ao tema, contextos da Política Nacional de Humanização, sites como o da Biblioteca Virtual em Saúde, Cartilhas do Programa Humaniza SUS, entre outras referências.

Palavras chave: Humanização. Parturiente. Trabalho de parto. Política Nacional de Humanização.

ABSTRACT

The movement of health reform represented a change in the health sector because of its importance in the health and disease. The Unified Health System (SUS) was established with the aim of providing comprehensive care with community participation. However, originated historical difficulties of a technical model, plus social determinants have contributed to a delay in the execution of this policy. This policy aims, among other features enable appropriate reception and listening to the subject, although historically bureaucratic and impersonal relationships, prioritize the enhancement of the disease and not the sick person. In this study we describe the methods and their effectiveness in humanized birth, focusing on care of the health and disease, involving knowledge to develop actions of promotion and prevention at birth, aiming therefore healthy births and reducing maternal mortality and perinatal. Therefore, this work conducted literature search using articles on the topic, contexts of the National Policy of Humanization, sites such as the Virtual Health Library, primers of Humaniza SUS program, among other references.

Keywords: Humanization. Woman in labor. Labor. National Humanization Policy.

Lista de Abreviaturas

CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da atenção à Saúde
PNHN	Política Nacional de Humanização e Nascimento
PPH	Política de Humanização do Parto
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-Nascido
SPS	Sistema Público de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto

Sumário

1 INTRODUÇÃO	19
2 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE O SUS	22
2.1 A Política Nacional de Humanização PNH	24
2.2 A Política Nacional de Humanização PNH	28
2.3 O acolhimento na Política Nacional de Humanização	31
2.4 O parto humanizado	32
2.5 O parto humanizado nas relações familiares	38
3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	42
3.1 O Serviço Social no processo de humanização	44
4 METODOLOGIA.....	46
4.1 A pesquisa bibliográfica.....	47
4.1.1 Análise dos dados	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERENCIAS.....	58
ANEXO A - A LEI DO PARTO HUMANIZADO	63
ANEXO B - LEI DO ACOMPANHANTE	68

1 INTRODUÇÃO

A escolha do nosso grupo pelo tema: “A assistência ao parto humanizado” e a atuação do assistente social”, ocorreu, a partir do momento em que uma das integrantes desse grupo se tornou avó.

Diante dessa situação, esta colega de grupo, relatou o atendimento que sua filha e neto haviam recebido, em um hospital público da periferia de São Paulo. Este atendimento tinha o nome de “Parto Humanizado”.

Tomando por base, este relato, juntamos com a experiência de outros parceiros deste grupo, na área da saúde, e desenvolvemos uma pesquisa bibliográfica com o tema sobre parto humanizado e a atuação do assistente social.

Este trabalho tem por objetivo apresentar um estudo bibliográfico a respeito do parto humanizado no Brasil, a partir da implantação das políticas que regulamentam as ações pertinentes a este processo. Tendo como hipótese a proposta de humanização da assistência à saúde que visa à melhoria da qualidade de atendimento ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais. E quanto ao parto humanizado, essa política propões mudanças de comportamento, nas instituições, nos profissionais, visando oferecer serviços que tragam satisfações a parturiente, no sentido amplo: social, biológico, psicológico e emocional. Tendo como problema a política nacional de humanização implantada no Brasil em 2003, que tem como proposta contribuir para melhoria da qualidade da atenção e gestão da saúde no Brasil, através do fortalecimento da humanização como política transversal, visando nesse sentido suas prioridades em relação ao parto humanizado.

Iniciamos esse trabalho, apresentado um breve histórico da implantação da política de humanização no Brasil, que desde o século passado, enfrentou períodos conturbados da ditadura militar, que provocou na sociedade civil, manifestações populares na luta por direitos, que foram efetivados a partir da Constituição Federal de 1988.

Estas manifestações causaram avanços significativos e expressivos na área da saúde, visto que, antes a saúde não atendia a população pobre, a não ser através da filantropia, pois o atendimento da área da saúde, era dirigido apenas aos trabalhadores que possuíam carteira de trabalho assinada.

Pensar a saúde, antes e após da Constituição Federal é constatar e valorizar a luta dos movimentos sociais da sociedade civil, que através da Reforma Sanitária, possibilitaram a garantia do direito de acesso à saúde para todos os cidadãos em todo o território nacional.

Entretanto, há grandes entraves ainda, nos dias atuais, que desestabilizam o funcionamento pleno do SUS, provocando um grande aumento de insatisfação popular para com esta política.

Considerando, parte deste entrave da política neoliberalista desenvolvida, que diminuiu os investimentos nesta área essencial, impossibilitou que o SUS atenda e priorize as reais necessidades dos usuários.

Apesar dos avanços tecnológicos nas diferentes áreas profissionais, especialmente na área da saúde, percebemos a ausência de atendimentos mais humanizados, ou seja, respeitar e considerar a totalidade de cada cidadão, e não apenas a doença, mas a pessoa doente.

É importante, considerar que dentro desse cenário, o parto, antigamente era assistido por parteiras, que realizavam esta atividade na casa das parturientes. Estas parteiras, eram mulheres de inteira confiança das famílias que necessitavam deste atendimento, uma vez que não havia atendimento médico, levando em consideração, a distância da moradia dessas famílias e a relação da população com a saúde tinha outra perspectiva.

Diante das inúmeras transformações ocorridas na sociedade, muitas famílias buscaram novas formas de atendimento, a fim de obterem maior segurança na hora do parto, e isso se tornou possível, através do acompanhamento do pré-natal, realizado em hospitais e postos de saúde preferencialmente, através de equipe médica, com obstetras e enfermeiros (as). Estas equipes têm papel fundamental, no que diz respeito às orientações destinadas às gestantes e aos seus bebês.

Portanto, o parto que antes era visto como um processo fisiológico, com o passar dos anos, foi tratado como uma patologia. Neste momento, a sociedade transformou esse processo de intenso sofrimento físico e moral, em uma necessidade da intervenção do profissional de saúde, médico e enfermeiro, e a utilização de

instrumentos e medicações que aliviassem o sofrimento materno. (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Segundo, a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, durante o trabalho de parto e pós-parto, a parturiente atendida pelo SUS, tem direito a presença de um acompanhante escolhido pela mesma, ou seja, ser acompanhada por uma pessoa que lhe transmita segurança emocional.

LUCILLUS (2010) considera que as ações de apoio como ficar ao lado, segurar na mão, acalmar, tranquilizar, encorajar, incentivar, passar confiança foram responsáveis pelo alto índice de parturientes satisfeitas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) para o cumprimento, desta determinação da lei, algumas dificuldades são encontradas nas equipes, pois existe a falta de estrutura das instituições, para que a equipe médica possa realizar este procedimento com respeito, tanto no que se refere a equipe, quanto a parturiente, considerando que, muitos profissionais entendem que de alguma maneira, a presença de acompanhante, pode intimidar a equipe.

Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o respeito à mulher e ao seu acompanhante durante o trabalho de parto, definindo como acompanhante a pessoa que lhe dá suporte com características distintas e amigas.

A questão do direito ao acompanhante é um quesito da Política de Humanização ao Parto. Oliveira et al. (2002), conceitua o parto humanizado como respeito individual pela parturiente sabendo ver e escutar suas necessidades e adequar a assistência a ela prestada segundo sua cultura, crença e valores.

Desta maneira, o conceito de parto humanizado pode ser descrito como um conjunto de condutas e procedimentos que tem por finalidade a promoção do parto e nascimentos saudáveis, e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

2 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE(SUS)

Segundo a Constituição Federal (CF) de 1988, “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção e recuperação”.

A saúde é, acima de tudo, um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal de 1988. A efetivação da saúde como direito universal – ou seja, de todos – é um desafio que só pode ser alcançado por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades sociais e regionais em nosso País, assegurando a cidadania e o fortalecimento da democracia. (BRASIL, 2004, p. 8)

A saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros, e garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visa a redução no risco das doenças e assegura ao usuário um acesso que seja digno, universal e igualitário para todos que dela necessitar.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. (BRASIL, 2006).

Com a implementação do Sistema Único de Saúde, houve avanços significativos com o objetivo e a possibilidade de um atendimento com qualidade, buscando eficiência, e também os princípios de equidade e integralidade no atendimento obrigatório ao cidadão brasileiro sem custos médicos.

SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime. (BRASIL, 2011, p.7).

A mesma conclui ainda que o SUS,

É constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos

básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. (DOBASHI,2011, p. 12).

Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa. Os principais conceitos que norteiam o SUS são: “a Universalidade, que propõe atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo”; “a Integralidade, para oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade”; “e a Equidade, onde o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam”. (Brasil. 2009 p.12).

O estabelecimento das diretrizes para o gerenciamento e descentralização do SUS, assim como as competências de cada esfera de governo está regulamentada conforme a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080/1990, que em todo o território nacional estabelece as ações do SUS, e,

Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados. (BRASIL, 2004, p. 11).

Mudanças significativas ocorreram desde que a saúde passou a ser considerada um direito assegurado pela Constituição Federal. Entre estas mudanças, estão: a criação de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador, além da realização de transplantes pela rede pública e programas de vacinação em massa de crianças e idosos em todo o país.

O Sistema Único de Saúde ainda teve uma mudança significativa da sua implantação até os dias de hoje. Os resultados obtidos pelo SUS nestes vinte anos são inquestionáveis: A estratégia Saúde da Família iniciou o ano de 2010 com 30.300 equipes prestando serviços de atenção primária em saúde em mais de 5.000 municípios e cobertura de 96 milhões de habitantes (CONASS, 2011, p. 28).

Entre as políticas desenvolvidas pelo SUS temos a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, com o objetivo de qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Na busca por novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho. (BRASIL, 2010, p. 7)

2.1 A Política Nacional de Humanização (PNH)

Segundo a Constituição Federal (CF) de 1988 a saúde é um direito inalienável de cada cidadão sendo este um dos princípios SUS, conforme exposto, a qual determina que a concepção de saúde não está apenas em reduzir a doença, mas ter qualidade de vida, como a prevenção, o cuidado, o tratamento, a promoção, ou seja, produzir saúde.

Segundo, a Política Nacional de Humanização” humanizar é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais psíquicas, presentes em todo o relacionamento humano”. (BRASIL, 2001.)

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) elaborou uma política para respaldar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, que tem por objetivo acolher os clientes de forma humanizada, com boa qualidade e envolver todos os atores que compõem a saúde pública deste país.

Podemos definir que a PNH pode ser compreendida como um conjunto de princípios e instrumentos que pretendem influir na qualidade dos serviços +de saúde. Por essa via de compreensão, pode não somente interferir em padrões de qualidade, como também estimular a discussão sobre a concepção de qualidade. Nessa direção, a qualidade precisa englobar mudanças em diversos âmbitos, abarcando desde a organização e as relações institucionais de trabalho até as características/condições da prestação de serviços e dos produtos oferecidos à população (para resultar em serviços resolutivos, úteis, conforme as necessidades dos usuários – (SANTOS FILHO, 2009, p.14).

Desta forma, se propõe que as gestões municipais do SUS, se articulem com as demais esferas de governo, como por exemplo: o meio ambiente, a educação, o urbanismo e outras questões, desenvolvendo trabalhos conjuntos, “que possam

contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde para a população”. (BRASIL, 2004, p. 8-9).

Ainda, por humanização, entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, ou seja, os usuários, os trabalhadores da saúde e os gestores.

Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. A PNH da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de subjetividade, Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para diferentes coletivos/equipes implicados nesta prática o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. (BRASIL, 2010)

A humanização na saúde gera uma mudança na gestão dos sistemas de saúde e seus serviços. Com base nesta mudança, a interação entre usuários e trabalhadores também é alterada.

A humanização tem como principal objetivo fornecer um melhor atendimento para os usuários e melhores condições para os trabalhadores.

Humanizar a saúde também denota que as mentalidades dos indivíduos vão sofrer mudanças positivas, criando assim profissionais mais capacitados que melhoram o sistema de saúde.

Campos (2005) comenta sobre a humanização referindo-se a uma mudança nas pessoas na forma de trabalhar e nas estruturas. Em sua percepção ele busca combinar a defesa de uma vida aos padrões de qualidade.

Segundo, Martins (2001) a humanização em saúde é um processo amplo, demorado e complexo, pois surgem resistências e mudanças de comportamentos.

Enquanto que na percepção de Reis; Marazina; Gallo (2004) a humanização em saúde é uma possibilidade política para se alterar uma lógica utilitária e autoritária.

Entretanto, conforme o Ministério da Saúde o processo de humanização deve reverter um quadro de maquinismo¹, automatismos² ou tecnicismo³, atualmente intrínseco as relações de trabalho. No projeto de humanização visa-se uma nova ética com princípios de linguagem e comunicação.

O surgimento da PNH se deu diante de um contexto de luta da sociedade civil, do qual o MS decidiu apostar numa política voltada para a melhoria da qualidade da atenção no gerenciamento das instituições.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (BRASIL, 2011)

A PNH para se consolidar como uma política de qualificação deve traduzir princípios e modos de operar nas relações entre usuários e profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instancias que constituem o SUS no planejamento, nos mecanismos de decisão, nas estratégias de implementação e na avaliação.

É uma política criada para garantir os direitos dos usuários e de seus familiares, ultrapassando fronteiras severas do saber e do poder com uma construção coletiva.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde. (BRASIL, 2011)

Esta política implica em mudança nas ações, pois trata se de uma rede compromissada com a defesa da vida humanizada com uma construção permanente e solidária da cidadania. Trata-se de construir vínculos entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários, conforme sua especificidade, sua história de vida.

¹Conjunto das peças de uma máquina, em relação ao seu funcionamento. Qualidade do que é automático. 2. Falta de independência. 3. Sujeição à vontade alheia.

² Qualidade do que é técnico. = TECNICIDADE.

³ Palavra ou expressão usada em determinada área técnica ou tecnológica. =. TECNÔNIMO

Para Passos (2003) o paciente é acima de tudo um ser humano, que tem família, planos e que sofre por ser retirado da sua rotina pessoal.

Os princípios da PNH são a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A transversalidade diz respeito reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, pois propõe que juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Quanto a indissociabilidade, este princípio trata da atenção e gestão, onde trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.

Já o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos preveem que os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um.

A PNH também possui diretrizes quanto a atuação a partir de orientações clínicas, éticas e políticas. Constituídas a partir dos conceitos básicos, que são:

Acolhimento: Reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento é construído de forma coletiva entre a equipe e usuário com sua rede sócio afetiva;
 Gestão Participativa e Cogestão: É a inclusão do sujeito no processo de análise e decisão e na ampliação das tarefas da gestão, é tudo que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa dos usuários e familiares no dia-a-dia das unidades de saúde;
 Ambiência: Visa criar espaços que respeitem a privacidade e propicie mudanças no processo de trabalho;
 Clínica Ampliada e Compartilhada: São recursos que permitem contribuir para uma abordagem clínica e a descoberta de diagnósticos;
 Valorização do Trabalhador: A inclusão dos trabalhadores na tomada de decisão, definindo e qualificando os processos de trabalho nos espaços coletivos de gestão;
 Defesa dos Direitos dos Usuários: É a efetivação e a garantia por lei dos direitos dos usuários[...] (BRASIL, 2013, p. 5)

Diante das diretrizes que foram citadas, a PNH atua com o intuito de: reduzir as filas e o tempo de espera baseados em critérios de risco; assegurar que todos os usuários do SUS conheçam os profissionais que cuidam da sua saúde; garantir

acesso de informação e a presença de acompanhante; consolidar a participação na gestão das unidades. Nesta perspectiva, ainda propõe trocas de experiências entre gestores e os trabalhadores do SUS, possibilitando novos saberes e vivências na atenção aos usuários, transformando assim, este conjunto de ideias na construção de trocas solidárias e compromissadas com a saúde.

Entende-se que para a implementação da PNH existe uma necessidade de estratégias que possibilitem apropriação destes resultados pela sociedade. As principais estratégias são as instituições do SUS, pois almeja-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais; sendo aprovados assim pelos gestores e pelos conselhos de saúde.

Para a gestão do trabalho, sugere-se que um requerimento de ações, que afirmem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, valorizando assim o seu pacto com o processo de saúde e seu crescimento profissional.

2.2 A Política Nacional de Humanização (PNH): implantação e funcionamento

Para a implantação de uma PNH eficiente às ações e políticas de saúde, é preciso vincular a atuação descentralizada dos vários fatores que constituem o SUS, com a articulação e a coordenação necessárias à construção de sinergia e ao acúmulo de experiências.

Assim, ao mesmo tempo em que são executadas novas propostas de ação e aumentado as experiências de sucesso, os processos de debate e acordo entre os níveis federal, estadual e municipal do SUS deverão implantar a Humanização como uma estratégia comum e utilizada por toda a rede. Deste modo, compete à Coordenação da PNH proferir a atuação das áreas do Ministério da Saúde, contribuindo para o fortalecimento das ações das secretarias estaduais e das secretarias municipais de saúde, conforme demonstrado na figura a seguir:

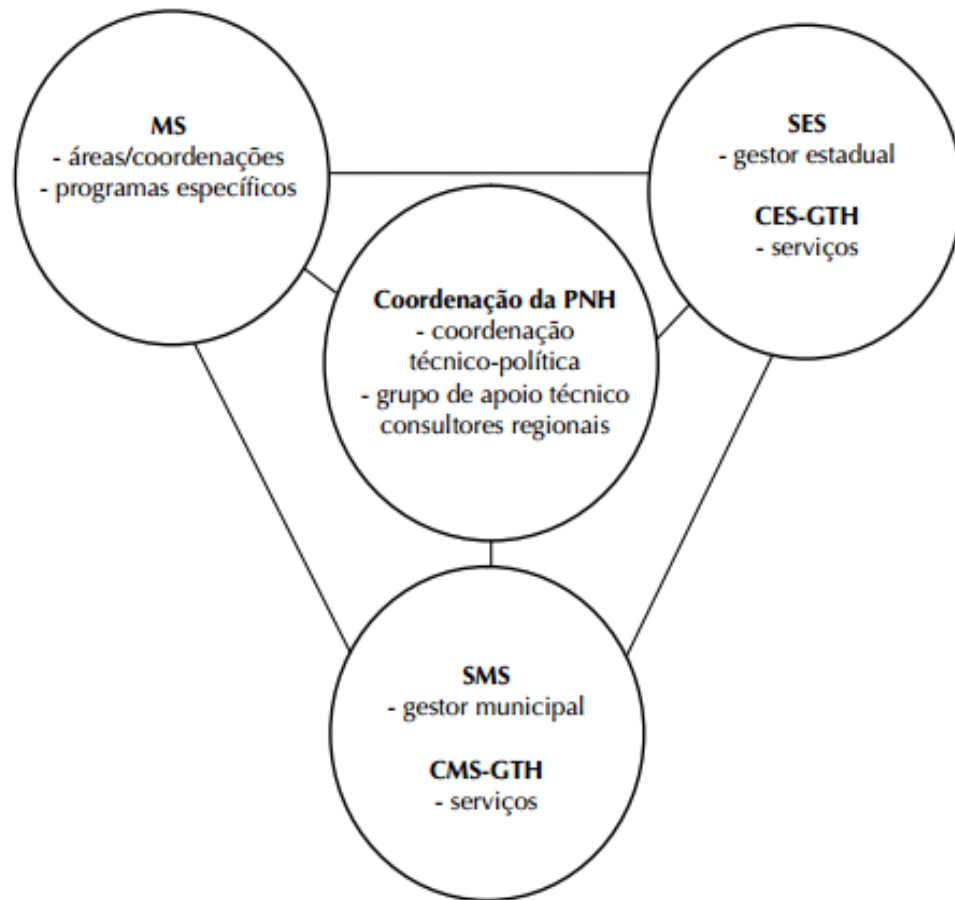


Figura 1 – Diretrizes PNH

Fonte: (Brasil, 2013).

É importante, destacar, que a PNH alcançará os seus objetivos, levando em consideração a figura representada acima, quando realmente conseguir concretizar o aditamento da teoria à prática e o conhecimento da transformação da realidade.

As práticas em saúde podem ser contextualizadas enquanto alternativas reais em construção, pois transformar a atuação na saúde impõe o desdobramento dos profissionais.

Diante do revelado, um importante desafio da humanização é a implementação do trabalho interdisciplinar. É a necessidade extrema não só do respeito aos profissionais da equipe, mas também é reconhecimento de que o trabalho de cada um depende do outro (ALCANTARA, 2013, p. 5).

A implementação da PNH, pode ser contextualizada, a partir de alguns fatores que dificultam a sua concreta realização, como por exemplo: a cultura da organização

hospitalar brasileira, a dificuldade no trabalho em equipe, a estrutura hospitalar, a singularidade do usuário, a formação dos profissionais e a falta de divulgação da Política Nacional de Humanização

A divulgação de uma política tem por objetivo sua ampliação e perpetuidade. Para tanto, é necessário que ela realmente exista. A publicidade sobre o inexistente apenas multiplica o nada e tem como efeito o descrédito e a desesperança (LIMA, 2007, p. 5).

Todas as dificuldades acima descritas, ainda dependem da implantação da humanização no SUS que é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e que tem por objetivo o atendimento de todos os cidadãos brasileiros.

O SUS tem como responsabilidade oferecer a todos cidadãos que dele necessitar, serviços como: consultas, exames, internações, vacinações, prevenções de doenças entre outros serviços.

Segundo Minayo (2004), “a saúde é um bem imprescindível para o ser humano e necessita de ser reconhecida e respeitada, pois toda pessoa tem direito de decidir sobre o método utilizado em seu atendimento”.

Desde a criação do SUS, em 1988, o enfrentamento de diversos problemas em sua gestão, vem causando dificuldades tanto para pacientes quanto para os profissionais. Estas dificuldades ou obstáculos, são tão explícitos, que também são observados pela população em geral, e dentre os mais comuns, podemos destacar: a superlotação nos equipamentos de saúde, a falta de leitos nos hospitais; os aparelhos de RX quebrados, laboratórios interditados e a falta de médicos nos prontos-socorros e nos postos de saúde.

Como consequência desta situação, os trabalhadores da saúde se sentem impotentes, estressados, sobrecarregados, diante das dificuldades enfrentadas no dia a dia de trabalho, tornando a Política Nacional de Humanização distante de atender os seus preceitos primordiais.

2.3 O acolhimento na Política Nacional de Humanização

Conforme o Novo Dicionário Aurélio (1975) a palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir”. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente esse o sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Brasil, 2006).

O acolhimento diante desta política não tem local e nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros dos serviços de saúde.

A postura ética do acolhimento implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Segundo, a Cartilha da Política Nacional de Humanização, o acolhimento pode ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetividade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao

reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento é um modo de operar processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia destes encaminhamentos (BRASIL, 2006, p. 89).

Podemos compreender, então que o acolhimento permite que o atendimento e recepção do usuário, seja aplicado desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo a sua queixa, permitindo que ele expresse as suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação como os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

2.4 O parto humanizado

A partir da breve contextualização da Política Nacional de Humanização, apresentamos o tema abordado, que tem seu relato quando ainda, os trabalhos de parto eram realizados pelas parteiras tradicionais, que colaboravam com as mulheres grávidas, as experiências dos partos. Neste período, as parteiras trabalhavam com processos naturais para realizar o nascimento de uma criança, uma vez que, “as parteiras não tinham fundamentos específicos para realizar o parto ou um conhecimento científico sobre anatomia e fisiologia humana, porém, o parto ocorria da forma mais natural possível, sem quaisquer intervenções desnecessárias”. (MORAIS, 2010).

As parteiras eram mulheres que já haviam vivenciado na própria pele, os fenômenos que envolvem o processo de parto. Essa experiência “dava tanta confiança às parteiras a exercer sua assistência, tornando-as habilidosas para confortar as mulheres durante todo o trabalho de parto”. (ACKER et al., 2006)

Nessa época, o parto, em sua grande totalidade, acontecia na residência da parturiente, aonde essa participava integralmente do seu processo de parir. As ações das parteiras baseavam-se em garantir um ambiente viável para a realização do parto e promover a atuação da mulher em todo o processo de parir, intervindo somente quando necessário. O parto acontecia de forma natural e dava a mulher o total domínio e experiência desse processo. Entretanto, como o passar dos anos, as práticas destinadas ao nascimento de uma criança, sofreram diversas mudanças, e essas transformações foram tornando o momento do parto, que hoje é vivido, com condição mínima de sofrimento.

A parturiente necessita ser acompanhada por pessoas altamente qualificadas, para que as intervenções ocorram quando necessárias e não como rotinas, privilegiando o bem-estar da parturiente e do bebê, fazendo o máximo possível para não utilizar métodos invasivos. Trabalhando dentro de uma visão mais humana e holística. Davim e Menezes (2001, p.63)

Conforme Acker et al. (2006), no alvorecer do século XX, a assistência ao parto era um processo de exclusiva responsabilidade das mulheres, onde as parteiras com suas experiências e seus conhecimentos ancestrais atuavam predominantemente. Nessa época, o parto, em sua grande totalidade, acontecia na residência da parturiente, aonde essa participava integralmente do seu processo de parir. As ações das parteiras baseavam-se em garantir um ambiente viável para a realização do parto e promover a atuação da mulher em todo o processo de parir, intervindo somente quando necessário. O parto acontecia de forma natural e dava a mulher o total domínio e experiência desse processo.

Em meados do século XX, com o desenvolvimento da ciência, a assistência ao parto passou a ser realizada por pessoas dotadas de uma formação científica, tornando-se uma prática institucionalizada, realizada principalmente em âmbito hospitalar, fato que favoreceu a intervenção médica no ato de parir e o controle do período gravídico puerperal (ACKER et al., 2006).

Nos anos 70 e 80, houve o início da discussão sobre a humanização na área da saúde, a partir do “Movimento da Reforma Sanitária”, quando os questionamentos acerca do modelo assistencial vigente na saúde, centrado no médico, no biologicismo e nas práticas curativas que eram as práticas do momento. Este modelo era oneroso

e muito especializado, focando a doença e não a promoção da saúde “e, configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema” (RIZZOTTO, 2002, p. 197).

Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) que atende ao apelo do documento conhecido como A Carta de Campinas, que apresentava em seu texto denúncias sobre as circunstâncias de violência e constrangimento, e também as condições pouco humanas, relativas a violência obstétrica direcionada às mulheres e crianças no momento do nascimento. Estas violências aconteciam sob forma verbal ou física, cuja conceituação compreendia desde maus tratos e comentários jocosos até a realização de procedimentos desnecessários.

Com a mobilização da organização da sociedade civil, a Rede foi instituída e é mantida por instituições e participantes associados, e articulados por todo o Brasil e tem como objetivo principal

(...) a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado “humanização do parto/nascimento”. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico. A Rehuna apoia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/ nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher. Essa missão vem sendo buscada na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiados à rede e preocupadas(os) com a melhoria da qualidade de vida, o bem estar e bem nascer. (Rattner, 2010 p. 24).

A partir da criação dessa rede, diversos encontros nacionais e regionais passaram a ser organizados todos os anos em várias cidades do país. Atualmente, as redes sociais da internet desempenham um papel importantíssimo no *empoderamento* de mulheres descontentes com as perspectivas que lhes são oferecidas para o momento do parto.

Segundo QUEIROZ et al., 2003 o termo humanizar refere-se a uma atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e crianças e do direito a tecnologia apropriada a assistência. Esse conjunto de demandas inclui o

direito a escolha de local, acompanhante e formas de assistência no parto; a preservação da integridade da parturiente e crianças o respeito ao parto na sua individualidade, apoiando a parturiente emocionalmente.

Entende-se também por parto humanizado “a possibilidade de estar atento as condições e as necessidades do outro, incluindo-se as relações interpessoais com a mulher, com o recém-nascido, com o acompanhante, com a equipe e com a instituição”. (BASILE, 2004).

Humanizar o nascimento portanto é adequá-lo a cada mulher, a cada homem, ou seja, envolver a família no nascimento, onde a técnica não pode tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas. (BRASIL, 2008)

De acordo com Carvalho (2003) “o parto humanizado não é só ter acompanhante; e nem parto sem dor. O parto humanizado acontece desde o momento em que a mulher chega ao hospital e é tratada com respeito, junto à sua família; explicando a eles tudo o que está acontecendo e o que irá acontecer”.

O parto humanizado foi legalizado e reconhecido no estado de São Paulo em 2015 (lei nº 15.759 – anexo A) e é definido como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto, respeitando a fisiologia deste momento, oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado. Também faz parte deste processo respeitar os desejos da mulher e o seu “plano de parto”, propiciando que estes acontecimentos sejam vinculados em sua plenitude.

Apesar do fato de preconizar uma menor intervenção médica neste processo, o conceito de humanização prevê a possibilidade de que toda a tecnologia perinatal hoje existente, que se empregada apropriadamente garanta maior segurança não só para as mães e também para os bebês. Pontua também que a mulher e seu acompanhante devem ser preparados para o momento do parto, sendo que “(...) o objetivo principal do preparo da mulher e seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto sejam vivenciados com a mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família”. A presença do acompanhante (família ou amigo) pode não somente auxiliar a mulher a relaxar, mas também contribuir para que o serviço prestado seja uma humanização. (BRASIL, 2001).

Humanizar o nascimento portanto é adequá-lo a cada mulher, a cada homem, ou seja, envolver a família no nascimento, onde a técnica não pode tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas. (BRASIL, 2008)

Conforme Fialho (2008), é direito da mulher, ter o filho em ambiente calmo e aconchegante, rodeada por pessoas preparadas e dedicadas ao nascimento. É direito dela também ter liberdade de se alimentar, se hidratar, caminhar livremente, assumir a postura que preferir e ter um acompanhante familiar (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, anexo B), durante o trabalho de parto e ser informada sobre os procedimentos adotados e participar das decisões. Portanto, os profissionais de saúde possuem a responsabilidade de orientar as mulheres quanto aos seus direitos e romper com todos os preceitos intervencionistas envolvidos na assistência ao parto.

Segundo (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008), algumas instituições de saúde buscaram excluir rotinas obstétricas ineficazes e valorizar a mulher como condutora do parto, atendendo-a em todas as dimensões e valorizando os aspectos essenciais do ser humano. Porém, o que ainda é presenciado é que a partir do momento em que a mulher é internada na maternidade, ela passa a não ter mais controle da situação, tudo torna-se imprevisível, o ambiente não é familiar, não há interação afetiva e, não se estabelece o cuidar verdadeiro.

Após a internação, o corpo da mulher passa a ser visto e manipulado como um objeto. Não é levado em consideração os sentimentos expressados por ela e naquele momento a parturiente fica à mercê do profissional de saúde, pois a eficiência e a resolutividade falam mais alto, sendo assim, submete-se às normas e rotinas impostas pela instituição. O profissional “não entende que este é um momento especial, singular para ela, e que ela gostaria de lembrar-se dele com carinho, alegria e satisfação de ter conseguido dar à luz”. (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008)

2.5 Partos não humanizado

Definimos parto normal como o de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim em todo o processo de parir, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação (OMS, 1996). No qual compreende quatro períodos clínicos do parto (1º período ou fase de dilatação, 2º período ou fase de expulsão, 3º período ou secundamento e 4º período ou período de Greenberg). (REZENDE, 2003)

A operação cesariana traz benefícios às gestantes e recém-nascidos quando sua indicação é bem determinada, o que hoje em dia sabemos que não ocorre exatamente assim. Estas altas taxas de cesariana preocupam pelo uso indiscriminado desse procedimento, que pode trazer riscos para mães e recém-nascidos. (PÁDUA et al., 2010) Em relação à interferência direta da cicatriz cirúrgica no porvir obstétrico, julgamos importante ressaltar que a presença desta é responsável direta por alta prevalência de patologias de grande potencial hemorrágico, como a placenta prévia e o acretismo placentário, responsáveis em nosso meio por um grande número de graves complicações, que muitas vezes culminam no óbito materno. (SASS; SOUZA; CAMANO, 1997, p.32) O termo cesariana refere à operação para a retirada do feto através de incisões na parede abdominal até chegar à parede uterina. (ENKIN et al., 2005) Conforme Brasil (2008) a cesariana é realizada quando o trabalho de parto está contra-indicado ou quando não irá se conseguir realizar um parto vaginal, com segurança, num espaço de tempo necessário para prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna maior do que aquela esperada após o parto vaginal. No período de trinta anos, entre 1970 e 2000, verificou-se um grande aumento das taxas de cesariana em todo o mundo.

Parto Fórceps Duarte (2000), ressalta que eventualmente o parto ficava difícil e havia a aplicação do fórceps alto (um instrumento que consiste de um par de colheres metálicas), que buscava a cabeça do bebê no canal de parto para puxá-lo para fora. Essas experiências eram traumáticas para a mãe e com frequência lesavam irreversivelmente o bebê. Era o 'Parto Fórceps' ou ainda 'Parto a Ferro'. Hoje em dia caiu em desuso e os médicos agora usam o "fórceps de alívio", quando o bebê já está mais baixo no canal de parto. Usado com parcimônia seria um excelente recurso para

acelerar o período expulsivo em casos de emergência ou sofrimento fetal, lembrando que estas são ocorrências extremamente raras em partos de baixo risco (DUARTE, 2000). O uso rotineiro é desaconselhado, o que vale para qualquer intervenção médica em um processo natural e fisiológico.

2.6 O parto humanizado nas relações familiares

A família, a priori, deve ser constituída, por meio de pai e mãe, que são os provedores do afeto, da alimentação, dos valores éticos e morais, da segurança, do desenvolvimento das capacidades para um crescimento seguro e confiante, com referência para a vida humanitária. Então, a partir deste parâmetro, como definir família? Existe um modelo ideal? Que família oferece maior satisfação para seus membros? As indagações são inúmeras, e as respostas para estas questões não serão exatas, pois a família é dinâmica, e está ligada às transformações que ocorrem da sociedade.

Discutir a família é sempre uma questão muito difícil. Em primeiro lugar, porque não é algo fácil de tomar consciência de que o que somos enquanto maridos e esposas, enquanto pais, mães, filhos e filhas não são as únicas alternativas abertas para a humanidade. É afetivamente complicado se dar conta de que o que hoje somos como homens e mulheres, pais e filhos, está tão permeado pelas relações sociais predominantes que terminamos sendo algo muito diferente do que gostaríamos de ser. (LESSA, 2010, P.6)

A família, para alguns, como instituição, está relacionada aos padrões do conservadorismo. Outros, entretanto, consideram a família, um recurso para a pessoa e para a sociedade, por inserir o indivíduo em processos fundamentais da constituição da identidade. O papel da família fica evidenciado em processos humanos como a formação de vínculos afetivos com os pais (filiação), com irmãos (fraternidade), avós e tios, cônjuges, etc., que possuem fundamental participação no desenvolvimento da personalidade. As mudanças e transições mais importantes do ciclo de vida da pessoa são processos relativos ao contexto familiar, como é o caso do casamento, da maternidade, da paternidade, do envelhecimento, assim como das experiências do nascimento e da morte.

Mais recentemente ganha força a postura teórica que reconhece o caráter supra funcional da família pelo qual a mesma não pode ser reduzida a nenhuma de suas funções. Essa abertura epistemológica instiga o

pesquisador a reconhecer o caráter peculiar e original da família, distinguindo-a dos demais tipos de relações. A abordagem relacional entende a família como relação social com “referência simbólica e intencional que conecta sujeitos sociais na medida em que atualiza ou gera um vínculo entre eles”. (DONATI, 2008, p. 25)

Na sociedade contemporânea, vários fatores contribuem para a transformação da família originariamente patriarcal que vão desde a inseminação artificial, a produção independente, adoção, viuvez ou divórcio, pois a família contemporânea pode ser composta por uma pessoa adulta, homem ou mulher responsável por uma ou várias crianças. Essas mudanças estão aliadas a dissolução do casamento, separações, divórcios, novas famílias.

Assim como, Acosta; Vitale (2010) “entendem que o papel da família enquanto objeto de estudo diante da realidade que esta tem vivenciado ao longo das transformações econômicas e sociais tem comprometido a sua estrutura”.

Embora a família vivencie as transformações desta contemporaneidade, ela ainda é definida como a instituição responsável por promover a educação dos filhos e interferir no comportamento dos mesmos no meio social. O papel da família no desenvolvimento de cada indivíduo é fundamental para a formação de cidadãos que buscam a garantia de seus direitos.

É no meio familiar que são transmitidos os valores morais e sociais, que serão elementos básicos para o processo de socialização dos sujeitos, bem como os ensinamentos das tradições e dos costumes que serão transmitidos através de gerações. “A família é a mais importante instituição de nossas vidas. Ela oferece segurança e estabilidade num mundo em rápida transformação.” (PEREIRA- PEREIRA, 2006, p. 27).

Entretanto, diante da realidade e das inúmeras composições sociais da atualidade, a família e os papéis desempenhados por ela, podem sofrer variações em seu núcleo, tendo em vista que enquanto espelho para seus descendentes, ainda são relevantes os seus princípios, a sua cultura e outros fatores importantes da estrutura que formata e organiza o padrão familiar enquanto modelo adequado para quem dela participa.

A família, de acordo com Sales (2006) “é uma organização social estruturada em bases concretas de referência entre as partes envolvidas seja pai, mãe, irmãos,

avós, tios e outras pessoas que a compõe. É um núcleo composto de regras, normas, valores muito peculiares”. A família pode ser grande ou pequena, mas é no meio familiar que são transmitidos os valores morais e sociais, as heranças culturais, que serão elementos básicos para o processo de socialização dos sujeitos, bem como os ensinamentos das tradições e dos costumes transmitidos através de gerações.

O ambiente familiar é considerado um núcleo que se organiza entre os seus membros através dos afetos, na proteção, no apoio, na mediação e solução de conflitos e problemas, visando a manutenção das relações de confiança, segurança, conforto e bem estar com o objetivo de manter a unidade familiar.

A família pode ser definida algo fascinante tendo em vista que ela pode ser formada por um grupo “doméstico, vivendo sob o mesmo teto, com consanguinidade ou afinidade, em geral envolvendo descendência e dividindo aportes de renda e recursos. Há uma limitação para definir realmente o que é família, pois, a formação familiar nos últimos anos tem sofrido alterações e nem sempre os laços sanguíneos são os que a caracterizam. (CAMPOS, 2002, p.13)

Mesmo exposta à complexidade que envolve a instituição familiar, não podemos negar a importância que esta tem diante de seus membros e também à sociedade como um todo, seja qual for a maneira que ela estiver constituída. Por isso, a família é chamada a participar do cotidiano de seus membros, participação esta que é um processo constante, uma vez que está relacionada a todos os momentos da vida do indivíduo e também às fragilidades que traz consigo, por isso as relações familiares são alvo de análise ao se tratar do parto humanizado.

Sarti (2011) comenta que compreender o que seja a família no século XXI é algo complexo, devido às mudanças sociais, econômicas: “com seus laços desfiados, torna-se cada vez mais difícil definir os contornos que a delimitam”.

Principalmente quando se trata das famílias vulneráveis que de acordo com Sarti (2011), “as famílias mais carentes são as que estão expostas as interferências ou interrupções da qualidade de vida, pois o próprio sistema capitalista é composto por obstáculos em que as famílias e seus iguais nem sempre são capazes de prover uma sobrevivência qualitativa”.

Portanto, o quadro de definições das famílias contemporâneas, que foram apresentadas neste trabalho, ainda são e serão pautas de discussões, pois as políticas públicas implementadas, principalmente na área da saúde, buscam as aproximações para um atendimento acolhedor e cumpridor de normas e regras que atendem a população dentro da realidade vivida por ela.

A convivência familiar contribui para que laços de afetividade por meio de socialização, observação e experimentos de vida com a convivência grupal no núcleo familiar e nas relações comunitárias, onde se efetivam as trocas de saberes culturais permeiem autonomia, acesso às capacidade de organização de saberes e valores existentes no meio e convívio em vida pública, conscientização e distinção das ocorrências negativas e prejudiciais existentes em sociedade, assim como intervenção efetiva por meio de situações desafiadoras de experiências que permita reflexão dos atos e consequências das vivências contrárias àquelas socialmente éticas e morais e a família é a grande referência dessa base sólida para o desenvolvimento consciente. (SALES, 2006, p. 30)

3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

No final da década de 80, algumas dúvidas surgiram sobre o movimento da Reforma Sanitária, devido à fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, e a reorganização dos setores contrários à reforma.

Neste período, o afastamento da população para atendimento nos serviços de saúde era sistematicamente notado, pois a ineficiência do sistema não apontava o esperado pelo preconizado no movimento da Reforma Sanitária.

Assim, com todos estes movimentos, a reforma sanitária perdeu espaço perante o governo, conseqüentemente também nas instituições envolvidas, com a reformulação no setor político, ocorrendo assim uma transformação democrática atingindo principalmente a saúde em todos sentidos, tanto no aspecto econômico quanto no aspecto político. Segundo Fleury (1989, p. 32) isto ocorreu devido:

A burocratização da reforma na sanitária, afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: O reformador – imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário - que e a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde. Considera - se que a construção democrática e a única política de saúde no Brasil, via para se conseguir a reforma sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressista da saúde que deveria ser viabilizada na década de 1990.

Depois da reforma sanitária começa a se questionar como se dá a atuação do assistente social na área da saúde, pois este profissional atua de acordo com as políticas públicas, e com o enfrentamento das desigualdades sociais. O profissional do Serviço Social, encontra diversas dificuldades na sua atuação, mas está constantemente em busca de estratégias de forma técnico operativo para executar as suas ações diante do usuário, apontando e garantindo os seus direitos de cidadãos, preconizados na Constituição Federal de 1988. O assistente social também participa, planeja e realiza projetos na construção de políticas e programas que visam o bem-estar do usuário. Segundo Iamamoto (2011, p. 52):

Neste contexto, ao analisar criticamente o enfrentamento das desigualdades sociais e o direcionamento das políticas públicas para a construção da saúde como direito, o assistente social pode contribuir efetivamente na criação e implementação de políticas e programas que apresentem mecanismos,

procedimentos e ações para o acesso à saúde e as instituições, e assim aos bens e serviços produzidos pela sociedade. Isto pode ser efetivado socializado, informações instrumentalizado aos usuários acerca dos direitos e do acesso as instituições, do funcionamento institucional e da legislação referente ao coletivo.

O Serviço Social na área da saúde, tem participação na garantia dos direitos de todos os cidadãos, principalmente nas demandas trazidas pelos usuários. Este profissional trabalha respaldado e de acordo com o seu Código de Ética, e também com metodologia técnico operativa, visando assim um atendimento de qualidade.

Ao trabalhar em uma equipe multidisciplinar, o profissional do Serviço Social desenvolve, elabora, planeja ações individuais e coletivas com os usuários, criando assim, estratégias diante das necessidades sociais apresentadas, seguindo princípios norteadores da profissão, que segundo Matos (2003, p.48): ver espaço

[...] o nosso Código de Ética apresenta ferramentas fundamentais para o trabalho dos assistentes sociais na saúde. São eles:

- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Posicionamento em favor equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais, que partilhem dos princípios deste do Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional, ou seja, pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde;
- Constituir e ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas - Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

O Ministério da Saúde, no ano de 2003 iniciou, no Brasil a Política de Humanização assim também já pensava como seria o Serviço Social na elaboração de estratégias diante da humanização.

O profissional busca na essência do usuário para realizar um atendimento de qualidade, e entender a sua real necessidade e a suas perspectivas, e assim desenvolver ações podendo orientar, atender e informar, de forma que o usuário entenda o que é prevalente para o seu bem-estar. Segundo Alves (2007, p. 47).:

O trabalho do assistente social na área da saúde com enfoque na política de humanização nos remete a algumas características que desenvolvem desvendam a particularidade desse complexo processo de trabalho, no qual os profissionais são historicamente e culturalmente identificados como um dos profissionais da saúde que também dedica as questões da humanização do atendimento. Ressaltam que a preocupação dos assistentes sociais com a resolutividade do sistema de saúde, de apurar no dia-dia seus princípios e diretrizes, deve vir acompanhado por uma visão analítica sobre processo saúde –doença adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção vigente.

3.1 O Serviço Social no processo de humanização

Neste processo de humanização o Serviço Social busca apresentar um atendimento operacional, com a identificação de suas demandas. O Serviço Social visa intermediar as questões conflitantes entre o usuário e a instituição, sendo assim deverá agir de maneira hábil e resolutiva, sem perder de vista o Projeto Ético Político da profissão, preservando a privacidade do usuário, procurando esclarecer suas dúvidas, mantendo a escuta sensível, que é essencial para uma assistência humanizada.

O profissional do Serviço Social tem participação fundamental na área da saúde, pois o seu atendimento identifica as necessidades sociais que este usuário revela no momento de sua procura pelo médico ou outro profissional que faz parte da equipe de saúde deste ou daquele equipamento.

O assistente social através do olhar voltado para as necessidades do usuário, está habilitado para estabelecer vínculos que poderão facilitar o acolhimento necessário para promover a qualidade de vida tão esperada por todos os envolvidos nesta situação. Conforme Freire, (1971, p. 72):

A subjetividade e a humanização na promoção a saúde passam por todos. O serviço social tem a contribuir no processo de revalorização dos agentes envolvidos com a saúde, acima referidos pelo caráter interventivo da profissão, na criação de condições para releitura e análise crítica do que se entende por saúde –doença propiciando a revisão do papel dos atores sociais, em todas possibilidades política. Intensifica a participação e o compromisso com a saúde coletiva através de atividades sócio educativa com usuários, trabalhadores ou gestores em todos os níveis de atenção à saúde são contribuições possíveis para o assistente social. A mobilização dos sujeitos é essencial na humanização pois está só seria realizada com a participação deles. Ao assistente social cabe propiciar condições para que a consciência da população passe, através de um processo sócio educativo que privilegie a abordagem grupal, de uma perspectiva ingênua e alienada, para a crítica, sem a ele não será capaz de refletir sobre a causa de seus problemas, assumir responsabilidades, dialogar e argumentar deixando de

lado posições quietistas. Na relação do homem com realidade, pela a reflexão sobre seu contexto de vida e suas condições de saúde.

Enquanto a atuação com enfoque na humanização diante da saúde o assistente social não mudou a sua maneira de abordagem, continuou com um atendimento de qualidade o que mudou foi focar mais no ser humano de forma mais flexível e dando mais atenção, acolhimento e cuidado e criando vínculos. Assim este processo de humanização proporciona relações mais aberta entre profissional e usuário.

Na reflexão sobre o trabalho dos assistentes sociais é relevante destacar que esses profissionais atuam nas manifestações da questão social e no modo como elas interagem com a política social, "mediação incontornável na constituição do trabalho profissional" (IAMAMOTO, 2007, p. 185).

4 METODOLOGIA

Segundo Gil (2002, p.44), “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (idem, p.45). Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu e se registrou a respeito do tema de pesquisa. Tais vantagens revelam o compromisso da qualidade da pesquisa.

Este trabalho é o resultado de uma pesquisa bibliográfica, pelo fato de ter sido “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 1991, p. 48). Além desses, somou-se a pesquisa de publicações inerentes ao assunto, de naturezas diversas, tais como artigos de jornais e revistas.

Por essa razão, trata-se de uma metodologia que buscou descrever as teorias e os conceitos publicados em livros e obras congêneres, a partir dos quais foram levantados e discutidos conhecimentos disponíveis na área, identificando, analisando e avaliando sua contribuição para auxiliar e compreender o objeto de investigação: na assistência ao parto humanização.

Essa pesquisa é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos e durante este levantamento bibliográfico selecionamos os seguintes livros, levando em consideração que trabalhamos em uma pesquisa qualitativa: Humanização do Parto: Política Pública, comportamento organizacional e ethos profissional de autoria de Mônica Bara Maia, Como Direito e Como Serviço – livro organizado por Amélia Cohn, Edison Nunes, Pedro R. Jacobi e Úrsula Margarida Karsch, incluindo também um livro com o tema sobre famílias – Família: Redes, Laços e Políticas Públicas. Dando prosseguimento a esta pesquisa bibliográfica, buscaremos incluir as leituras de artigos científicos da Biblioteca Virtual em Saúde, texto referentes ao assunto, utilizando, também, a base de dados de sites de órgãos oficiais na internet, assim como o Ministério da Saúde e as Cartilhas do Programa Humaniza SUS.

Para a construção desse estudo, adotamos vários procedimentos metodológicos e teóricos que são respostas aos questionamentos e aos objetivos propostos inicialmente para compreender e explicar a importância dos dados obtidos, a principal vantagem da pesquisa bibliográfica está no fato de permitir investigar fenômenos buscando o levantamento referente aos temas em estudo, permitindo o aprofundamento teórico que norteia reflexões sobre a legitimação da profissão de Serviço Social no cenário, sua representatividade no mundo da pesquisa e sua intervenção nos diversos campos sociais, foram realizados no primeiro momento, estudos buscando dados históricos do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social.

De acordo com Minayo (2004, p.44):

A metodologia abrange os entendimentos teóricos de abordagem, conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador, onde se constrói uma visão intrínseca do mundo social vinculado com a teoria norteadora, facilitando a análise e interpretação dos dados obtidos através da abordagem do social.

4.1 A pesquisa bibliográfica

Segundo Chizzotti (1995, p.11), “a pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem”. Contudo, a pesquisa só existe com o apoio de procedimentos metodológicos adequados, que permitam a aproximação ao objeto de estudo.

A humanização como tema vinculado à conduta da política da saúde, sua gestão, ao trabalho e as mais diversas práticas cotidianas próprias do processo de atenção à saúde iniciou-se nos programas de humanização do pré-natal e nascimento, e foi ampliando a outros programas de acreditação, de qualidade e assistência hospitalar e consolidou-se com o Programa Nacional de Humanização, (PNHAH), proposto pelo Ministério da Saúde em 2001 e que em 2003 deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH).

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar apresentado pelo Ministério da Saúde procurou promover um processo de mudança no padrão de assistência ao usuário dos hospitais públicos a julgar os abusos das denúncias em relação aos maus tratos que ocorriam nas instituições de saúde.

Nesse sentido que a PNH apresenta como prioridade a consolidação dos seguintes resultados: diminuir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e um atendimento acolhedor, baseados em critérios de risco; os usuários do SUS saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral; as unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral; as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos, serão também implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006).

Para a gestão do trabalho, sugere-se um requerimento de ações, que afirmem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, valorizando assim o seu pacto com o processo de saúde e seu crescimento profissional.

A valorização humana tornou-se uma proposta da PNH, tendo como objetivo o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários, e também a melhoria da imagem dos hospitais.

Além de todos os problemas aqui relacionados, temos também uma equipe de médicos, enfermeiros e outros profissionais que são os trabalhadores da saúde, e que estão envolvidos com este atendimento, e que estão submetidos a uma sobrecarga de trabalho.

Para Carvalho, (2005, p. 125). “Produzir saúde significa “contribuir para aumento do coeficiente de autonomia de indivíduos e coletivos para viver a vida, possibilitando-lhes lidar com as limitações decorrentes da doença”.

Como consequência desta situação, se sentem impotentes, estressados, sobrecarregada, diante do estado de calamidade em que se encontra o SUS nesta atualidade. Desta forma, a equipe não sabe como agir e reagir diante desta situação,

e não consegue realizar o atendimento adequado e acolhedor para a população usuária, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde.

A humanização é entendida como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, incluídos, portanto, usuários, trabalhadores e gestores.

Desta forma, propõe às gestões municipais do SUS se articularem com as demais esferas de governo, meio ambiente, educação, urbanismo etc., desenvolvendo trabalhos conjuntos, “que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde para a população”. (BRASIL, 2004, p. 8-9).

Dando continuidade, a pesquisa bibliográfica, inserimos neste trabalho, pesquisa com dados, que segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) ficou definida, como meta do Milênio a redução de 75% da mortalidade materna no Brasil até 2015. As normas e as diretrizes implantadas para a humanização do parto, ao longo dos 20 anos de SUS, têm contribuído para esta redução, entretanto, os dados do Ministério da Saúde ainda revelam dificuldades no sentido de alcançar a proposta estabelecida pela organização internacional.

Em 2005, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 74,7 óbitos por 100 mil bebês nascidos vivos. Diante desta situação, está o aumento expressivo de cesarianas realizadas no País, que vem na contramão do crescimento dos partos cirúrgicos, que causam mais mortes.

Segundo estimativa da OMS, são registrados 585 mil falecimentos por ano, uma morte materna por minuto, entre eles, a implantação de mecanismos para prevenção, como os Comitês, as políticas de humanização do parto e a obtenção de dados mais precisos sobre as causas dos óbitos maternos.

Neste cenário, a ampliação da cobertura dos exames pré-natal no país é um dado positivo, pois dos 100% estabelecidos, 99% das mulheres brasileiras tiveram acesso ao pré-natal em 2006, contra 86% em 1996.

Apesar dos avanços, dados do Ministério da Saúde mostram que a meta proposta pela ONU é audaciosa: as cesáreas causam 3,7 vezes mais óbitos que o parto normal.

O Brasil apresenta a maior taxa mundial deste tipo de cirurgia, sendo que 70% dos partos em hospitais públicos são partos cesáreas, enquanto que nos hospitais privados, esta média sobe para 90%. Nos últimos anos, o país tem conseguido reduzir os índices nos hospitais da rede do SUS. Mas, apesar da diminuição, a taxa brasileira ainda não atingiu o limite máximo de 20% recomendado pela OMS para os países da América Latina. Ainda de acordo com a organização, apenas 15% necessitam de intervenção cirúrgica ou de medicamentos. Os 85% restantes, com pré-natal de qualidade, poderiam ser partos normais. (FONTE JORNAL ABEN)

As altas taxas de cesáreas verificadas no Brasil - 84% na saúde suplementar e 40% no sistema público, ainda é motivo de preocupação. Quando não há indicação clínica, a cesariana ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados à prematuridade.

4.1.1 Análise dos dados

O processo de análise de conteúdo engloba um conjunto de técnicas de comunicação estruturado por procedimentos sistemáticos que permitam a facilitação da organização, análise e compreensão dos dados coletados. (BARDIN, 2004)

Elegemos para categoria de análise dentre algumas um texto da revista Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher do Ministério da Saúde que traz em seu contexto avaliação crítica caso a caso.

“Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de "assumir o comando da situação" passa a adotar condutas que tragam do bem-estar

e garantam a segurança para a mulher e o bebê. Na prática, como alterar posturas arraigadas e introduzir uma abordagem humanizada? (BRASIL, 2001, P.10).

Certamente, não será só através de normas ou manuais. Para, de fato, mudar a relação profissional de saúde/mulher é necessário uma mudança de atitude que, de foro íntimo, depende de cada um. Entretanto, algumas questões devem ser vistas como compromissos profissionais indispensáveis: estar sintonizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas, praticar uma medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento. Reconhecer que a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença. E, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional”

Com base, na análise dos dados levantados, verificamos, que a humanização se trata de um processo que busca melhorar a assistência da mulher e do recém-nascido implicando concepções práticas, onde vários fatores são determinantes, dentro da atuação profissional. A parturiente deve ser acompanhada por pessoal devidamente capacitado, para que as intervenções ocorram quando necessárias e não como rotinas, privilegiando o bem-estar da mãe e da criança, buscando e evitando a utilização de métodos invasivos, modelo de assistência que atuam dentro de uma visão mais humana e holística.

Corroborando, com Martins (2002) entende se por uma assistência humanizada aquela que o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar social complexo, há uma leitura das necessidades pessoais e sociais do paciente e na instituição, e a necessidade de quem assiste e a de quem é assistido.

Mediante, o texto de Martins (2002), que tem como conceito o quanto são importantes as necessidades pessoais, e o apoio não só para a gestante, como também para o familiar dentro da humanização do parto.

Humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente através do alívio, conforto físico e emocional, liberdade da escolha na hora do parto, suporte necessário para que mãe, a criança e acompanhante vivenciem todo este processo de forma tranquila. A valorização e a atitude consciente dos profissionais, que estão colaborando com a chegada de uma nova vida.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH – foi lançado em 19/06/2001 com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficácia dos pacientes atendidos pelo SUS a fim de promover a humanização e a capacitação dos profissionais para realizarem um atendimento solidário. O PNHAN pretende humanizar o atendimento e as condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2005).

Entende ainda, que a mulher no momento do parto passa a se preocupar com o seu desempenho em termos do controle das emoções, expressar sua dor considerado adequado pela equipe sem desespero, obedecendo assim à ordem médica. E, nesta perspectiva, o despreparo dos profissionais de saúde pode infringir os ideários do parto humanizado e gerar paradoxos: pelos direitos das mulheres no momento do parto, e não considerar as diferenças socioculturais entre estas mulheres

A Organização Mundial de Saúde – OMS argumenta que o parto humanizado tem início no pré-natal com o aconselhamento e explicação do processo gravídico-puerperal, considerando as necessidades da mulher na admissão e no parto; devem-se respeitar suas individualidades e desejos; durante o trabalho de parto dar liberdade de escolher a posição mais apropriada e agradável para parir, monitorar seu estado e do bebê e, após o parto, prestar os cuidados à puérpera e ao bebê (ENNING, 2000).

Do ponto de vista que o movimento de humanização do parto tem acontecido na busca do parto como uma parte da assistência humanizada a gestação parto e nascimento com características específicas um parto que seja forte ao respeito do ritual da mulher, feto e família, valorizando aspectos físicos como os emocionais e pressupõe como causa do processo de humanização a necessidade de diminuição do índice de cesarianas e da melhoria da assistência à mulher, o excesso de atitudes intervencionistas que Parto humanizado tem na percepção.

Neste sentido, Tornquist (2003) entende por humanização do parto o conjunto de recomendações que a Organização Mundial de Saúde adotou: o incentivo ao parto vaginal; aleitamento materno; alojamento conjunto; à presença de acompanhante; à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no progresso do parto; estímulo as técnicas mecânicas de alívio a dor (massagens, banhos, deambulação); uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina); analgesia; abolição da prática de enema e tricotomia, e faz crítica significativa à excessiva medicalização do parto, sendo

apontado como um dos responsáveis pelas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países.

É resgatar o conceito de que o parto deve ser o mais natural possível; ainda que no hospital, deixar que a mulher entenda e vivencie o próprio parto, diminuindo as técnicas invasivas, mudando conceito que o parto é só trazer o acompanhante para sala do trabalho de parto. O trabalho da humanização no parto é contínuo e deve ser realizado com a gestante desde o pré-natal, até o trabalho de parto propriamente dito.

O conceito de política de saúde visando em melhorar a assistência à mulher na humanização começa com a iniciativa do Ministério da Saúde para redução do número de cesáreas; e da mortalidade materno infantil, visando a melhorar na assistência, a postura hierárquica dos profissionais e o excesso de intervenções medicamentosas. Humanizar o parto é resgatar a forma mais natural, de atendimento deste processo que deve ser compatível com as normas das políticas de saúde. O processo assistencial da parturição e as práticas de humanização normalmente permitem que o parto seja um evento mais próximo do natural da vida da mulher, quando este não apresentar intercorrências.

A união do cuidado humano a parturição faz com que ocorra a sensibilização do parto e nascimento como um evento único e inestimável tanto para a mulher como para os profissionais de saúde, resgatar a visão e a prática de assistência integralizada do ser humano.

A análise dos dados, dentro da perspectiva do Serviço Social que é uma profissão regulamentada pela Lei nº 8.662/93, sendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, e considerando que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde, em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

Segundo Yamamoto (2011), o assistente social também participa, planeja e realiza projetos na construção de políticas e programas que visando o bem-estar do usuário.

As competências e as atribuições dos assistentes sociais, nessa direção, com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio histórico em que se situa sua intervenção.

A atuação deste profissional, no campo das Políticas Sociais, tem o compromisso da defesa e garantia dos Direitos Sociais da população, usando o fortalecimento da democracia, conforme comenta Martinelli:

Na rede hospitalar o Assistente Social faz "atendimento direto aos usuários" tendo como público alvo de suas intervenções pessoas que se encontram em momento de fragilidade, e necessitam de atendimento humanizado, auxiliando e oferecendo palavras que direcionem suas ações para possíveis soluções de problemas, um olhar que se atente para a situação em que se encontra o usuário, uma atenção redobrada a escuta, isto para que possam restabelecer-se emocionalmente e socialmente e serem estrategicamente orientados (MARTINELLI, 2011, p. 47).

Enquanto a atuação com enfoque na humanização diante da saúde o assistente social manteve abordagem definida, dando continuidade a um atendimento de qualidade, direcionando o enfoque do atendimento na qualidade do serviço prestado, com o objetivo de escuta qualificada, com acolhimento digno para estabelecer vínculos de confiança e segurança junto a clientela dos usuários dentro do processo de humanização.

O Serviço Social na área da saúde, tem participação na garantia dos direitos de todos os cidadãos, principalmente nas demandas trazidas pelos usuários. Este profissional trabalha respaldado e de acordo com o seu Código de Ética, e também com metodologia técnico operativa, visando assim um atendimento de qualidade. Na área da saúde, principalmente no âmbito hospitalar é evidente a vulnerabilidade dos usuários de serviços específicos da saúde, é uma área na quais as emoções estão constantemente instáveis. As diversas manifestações geradas pelas relações sociais vinculadas a vida social em que o ser humano vive, e toda a sua trajetória, na qual passam por fases que dão sentido à vida, elas vão do nascimento até fim da vida (MARTINELLI, 2011).

O profissional Assistente Social busca na essência do usuário para realizar um atendimento de qualidade, e assim entender a sua real necessidade e a suas perspectivas e desenvolver ações, orientando, atendendo e informando de forma que o usuário possa entender o que é prevalente para o seu bem-estar. (ALVES, 2007).

Neste contexto de humanização, o Serviço Social busca apresentar um atendimento operacional, com a identificação de suas demandas. O Serviço Social vai intermediar as questões conflitantes entre o usuário e a instituição, sendo assim, a sua ação deverá ser ágil, hábil com resolutividade, dentro da perspectiva do projeto ético da profissão, preservando a privacidade do usuário, com escuta sensível e qualificada, elementos fundamentais para o desenvolvimento da assistência humanizada.

Neste sentido propõe uma corrente em Defesa da Vida a Humanização, no sentido a garantia de acesso aos serviços e à recursos tecnológicos que exige a defesa da vida, de forma imediata; à informação individual e coletiva, e à equidade no atendimento a todos os cidadãos (SILVA JÚNIOR, 1998).

Na área da saúde deve-se compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que sempre interferem no processo saúde/doença e cabe ao Serviço Social a busca de ações estratégicas como uma necessidade para a superação desta situação, reforçando o direito social à saúde.

O Serviço Social Hospitalar na consolidação das leis que ampara os direitos de gestantes e parturientes.

Conforme o Ministério da Saúde, a saúde da mulher, as gestantes possuem leis que as amparam, durante o pré-natal e no parto, sendo compostos por direitos sociais como as filas preferenciais, direitos trabalhistas como a licença maternidade e os direitos da saúde que disponibilizam os exames de sangue, Papanicolau, urina, entre outros. (BRASIL, 2011).

O assistente social através do olhar voltado para as necessidades do usuário, está habilitado para que estabelecer vínculos que poderão facilitar o acolhimento necessário para promover a qualidade de vida tão esperada por todos os envolvidos nesta situação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização da assistência ao parto e a atuação do assistente social, dentro da perspectiva do atendimento na área da saúde, preconiza novas teorias e práticas com um conteúdo mais humanizado, priorizando a valorização dos sujeitos que buscam os serviços, enfatizando o exercício de cidadania, a compreensão do processo de saúde, que deve ser do conhecimento de todos os envolvidos, ou seja, dos trabalhadores da saúde e dos cidadãos que necessitam deste atendimento.

Conforme Carvalho, (2005, p.125) “produzir saúde significa contribuir para o aumento do coeficiente de autonomia de indivíduos e coletivos para viver a vida, possibilitando-lhes lidar com as limitações decorrentes da doença”.

O Serviço Social na área da saúde trata de forma abrangente o trabalho realizado junto às gestantes, buscando amparo nas consolidações das leis que regulamentam os direitos de gestantes, parturientes e crianças. As leis que amparam esta parcela da população, ou seja, os programas da saúde da mulher, durante o pré-natal e no parto, são direitos sociais adquiridos como as filas preferenciais, os direitos trabalhistas como a licença maternidade e os direitos da saúde que disponibilizam os exames de sangue, Papanicolau, urina, entre outros, com prioridade.

O assistente social é capacitado para trabalhar na área da humanização, pois sua capacitação é fundamental para garantir que a mulher seja atendida em sua integralidade, sendo informada dos seus direitos. O Serviço Social contribui neste processo interventivo, principalmente no fazer profissional, diante das demandas trazidas pela família da mulher gestante, procurando estabelecer o fortalecimento na construção de relações positivas.

A crença de que a instituição familiar exerce grande influência na formação e na vida do indivíduo está presente em todas as categorias profissionais que se interessam por trabalhar com aquela. O que diferencia uma intervenção de outra é a forma como essa instituição é vista pelos profissionais e como ela se insere nas diversas intervenções que a abordam. (PEREIRA, 2000, p.217)

Entendemos que os novos conceitos são desafiadores e as mudanças ocorridas nas políticas públicas, ainda, acontecem de maneira lenta diante da velocidade de nosso tempo, e que há resistência tanto por parte das instituições como por parte dos envolvidos nesta política, sejam os trabalhadores da saúde ou a população.

Somente a Política Nacional de Humanização não é suficiente para promover as mudanças necessárias, se não houver, o comprometimento dos equipamentos de saúde, juntamente com as equipes profissionais da saúde e a população em um esforço conjunto para concretizar esta política.

A Política Nacional de Humanização no parto sensibiliza, orienta e apresenta novos procedimentos para a realização do parto, informando para as parturientes, o processo desta intervenção desde a sua chegada no hospital, se estendendo até a presença de um acompanhante durante o parto.

Verificamos, durante a realização deste trabalho, que a humanização no parto tem por objetivo: respeitar a individualidade das parturientes, é saber ouvir, escutar, adequar o atendimento, fornecendo informações seguras, para que essas mulheres sejam fortalecidas no exercício de seus direitos, incluindo a qualidade de saúde antes, durante e após o parto.

REFERENCIAS

ACOSTA, A. R; VITALE, M. A. F. **Família Redes, Laços e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.

ACKER, Justina Inês BrunettoVerruck, et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Distrito Federal - Brasília v.59, n.5, 2006. ISSN 0034-7167

ALVES, F.L.; MIOTO, R.C.T.; GERBER, L.M.L. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. **Serviço Social & Saúde**. Ano 2007, n. 6, p. 35-52.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3ª Ed. Lisboa: edições 70, 2004. 223 p.

BASILE, A. L. O & PINHEIRO, M. S. B. Centro de Parto Normal: O Futuro no Presente. São Paulo. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para redução de partos cirúrgicos**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, Ministério de Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 12 p.: il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/norma/>> Acesso em 30/09/2015

<<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/conheca-alguns-direitos-da-mulher-gravida>> Acesso em 06/10/2015.

BRASIL. Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de. CONASS**, 2011. DOBASHI P, 11 / 12

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS: v. 4)

CAMPOS, G. W. S. Prefácio. In: CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Revista Interfase: Comunicação, Saúde, Educ., v. 9, n.17, 2005.

CAMPOS, M. S. **“Que família é essa?”** Trabalhando com famílias. Texto de Apoio. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Secretaria Municipal de Assistência Social. 2002.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública:dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, supl. 2, p. 389- 398, 2003.

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.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstetras no Projeto Midwifery: um relato de experiência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 5, p. 727-732, 2002.

DONATI, P. Família no século XXI: abordagem relacional. São Paulo: Paulinas, 2008.

DUARTE, Ana Cris. Tipos de Parto. **Amigas do Parto**. 2000. Disponível em: . Acessado em: 30 de Novembro . 2015.

ENKIN, Murray et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio e Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ENNING, Cornélia. O parto na água: um guia para pais e parteiros. São Paulo: Editora Manole Ltda., 2000.

FÁVERO, E. T.; VITALE, M.A. F; BAPTISTA, M.V. **Famílias de crianças e adolescentes abrigadas**. São Paulo:Paulus, 2009.

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

FLEURY, S. **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES (org.) São Paulo: Lemos, 1997.

FREIRE. P.. **Educação com prática da liberdade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed., 8ª reimpressão, São Paulo: Atlas, 2007.

IAMAMOTO. M. V.. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

JÚNIOR, A. G.S. **Modelos técnico assistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

LESSA, S.**Abaixo a família monogâmica**. São Paulo: Editora, Instituto Lukács, 2010.

LUCILIUS, C. **Presença do acompanhante durante o parto derruba mitos**. Centro de Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR)

<http://mamiemais.com/tag/parto-humanizado> acesso: em: 03/11/2015

MATOS, M. C. O debate do serviço social na saúde na década de 1990. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, v. 24, 2003.

MARTINELLI, M.L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 107, jul./set. 2011. p. 479-505.

MARTINS, MCFN. **Humanização das Relações Assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo, Casa do Psicólogo; 2001.

MEDEIROS, R. M.K. SANTOS, Inês Maria Meneses dos; SILVA, Leila Rangel. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciam esta experiência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro v.12, n.4, 2008. ISSN 1414-8145

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2004. 80.

MORAIS, F. R. R. **A humanização no parto e no nascimento**: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira, 2010.

OLIVEIRA, S. M. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n.5, set./ out.2002.

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

PASSOS, D. F. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar**. Interface, Botucatu, 2003. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2015.

PROJETO-INSTITUI-REGRAS-PARA-REALIZACAO-DE-PARTOS-NO-BRASIL.
Disponível em [.http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/471158-](http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/471158-Acesso)
Acesso em 30/09/2015

QUEIROZ, M. V. O, et al. Cuidado de Enfermagem à puerícia em uma unidade de internação obstétrica: Perspectiva de humanização. **Rev. Baiana de Enfermagem**. São Paulo, n. 18. 2003

RATTNER, Daphne et al. Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. **Revista Tempus Acta Saúde**, Brasília, v.4, n.4, p.215-228, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849/812>>. Acesso em 04 out. 2015.

REIS, A. E., PATRICIO, A. M. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina**. Ciências da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, Set./Dez.2005.

REIS, AOA; MARAZINA, IV; GALLO R. **A humanização na saúde como instância libertadora**. Saúde e Sociedade, v.13, n.3, set-dez, 2004.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia fundamental**. 9ªed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RIZZOTTO, M. L. F. **As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 55, n. 2, p. 196-199, Mar/Abril 2002.

SAAS N; SOUZA E; CAMANO L. **Operação Cesariana**. Análise Crítica dos Índices. Gynaecia, p.27-34, 1997.

SALES, M. A. **Política e direitos de crianças e adolescentes: entre o litígio e a tentação do consenso**. Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos. 2. ed. São Paulo. Cortez Editora. 2006

SANTOS, S. B. F. (2009) **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_avaliacao_pnh.pdf>
Acesso em: 25 maio 2015

SARTI, Cyntia A. **A família como espelho um estudo sobre a moral dos pobres**. 7. ed. São Paulo : Cortez, 2011.

PEREIRA, P. A.P. Potyara Amazoneida Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione Apolinário (Org). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2006.

SALES, M. A. **Política e direitos de crianças e adolescentes**: entre o litígio e a tentação do consenso. Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

<http://www.significados.com.br/familia/> acesso: em 05/10/2015

SILVA JÚNIOR, A.G. Modelos técnico assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

TORNQUIST, C. S. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, supl. 2, p. 419-427, 2003.

ANEXO A - A LEI DO PARTO HUMANIZADO

LEI Nº 15.759, DE 25 DE MARÇO DE 2015

Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º - Toda gestante tem direito a receber assistência humanizada durante o parto nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado.

Artigo 2º - Para os efeitos desta lei, ter-se-á por parto humanizado, ou assistência humanizada ao parto, o atendimento que:

I - não comprometer a segurança do processo, nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido;

II - só adotar rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde - OMS ou de outras instituições de excelência reconhecida;

III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor.

Artigo 3º - São princípios do parto humanizado ou da assistência humanizada durante o parto:

I - a harmonização entre segurança e bem-estar da gestante ou parturiente, assim como do nascituro;

II - a mínima interferência por parte do médico;

III - a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais;

IV - a oportunidade de escolha dos métodos natais por parte da parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro;

V - o fornecimento de informação à gestante ou parturiente, assim como ao pai sempre que possível, dos métodos e procedimentos eletivos.

Artigo 4º - Diagnosticada a gravidez, a gestante terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual deverão ser indicados:

I - o estabelecimento onde será prestada a assistência pré-natal nos termos da lei;

II - a equipe responsável pela assistência pré-natal;

III - o estabelecimento hospitalar onde o parto será preferencialmente efetuado;

IV - a equipe responsável, no plantão, pelo parto;

V - as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto pelos quais a gestante fizer opção.

Artigo 5º - A elaboração do Plano Individual de Parto deverá ser precedida de avaliação médica da gestante, na qual serão identificados os fatores de risco da gravidez, reavaliados a cada contato da gestante com o sistema de saúde durante a assistência pré-natal, inclusive quando do atendimento preliminar ao trabalho de parto.

Artigo 6º - No Plano Individual de Parto a gestante manifestará sua opção sobre:

I - a presença, durante todo o processo ou em parte dele, de um acompanhante livremente escolhido pela gestante;

II - a presença de acompanhante nas duas últimas consultas, nos termos da lei;

III - a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;

IV - a administração de medicação para alívio da dor;

V - a administração de anestesia peridural ou raquidiana;

VI - o modo como serão monitorados os batimentos cardíacos fetais.

Parágrafo único - Na hipótese de risco à saúde da gestante ou do nascituro, o médico responsável poderá restringir as opções de que trata este artigo.

Artigo 7º - Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser assistida por um médico-obstetra, que deverá esclarecê-la de forma clara, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas disposições de vontade.

Artigo 8º - Toda gestante atendida pelo Sistema Único de Saúde - SUS no Estado terá direito a ser informada, de forma clara, precisa e objetiva, sobre todas as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o bem-estar físico e emocional da gestante e do recém-nascido.

Artigo 9º - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto só poderão ser contrariadas quando assim o exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido.

Artigo 10 - A Administração Estadual deverá publicar, periodicamente, protocolos descrevendo as rotinas e procedimentos de assistência ao parto, descritos de modo conciso, claro e objetivo.

Parágrafo único - Os protocolos tratados neste artigo serão informados a todos os médicos, enfermeiros e demais funcionários dos estabelecimentos habilitados pelo SUS no Estado para a realização de partos e ao atendimento à gestante, assim como às escolas que mantenham cursos de medicina, enfermagem ou administração hospitalar.

Artigo 11 - A Administração Estadual publicará periodicamente dados estatísticos atualizados sobre as modalidades de parto e os procedimentos adotados por opção da gestante.

Artigo 12 - Vetado.

Artigo 13 - Será objeto de justificção por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, a adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta lei classifiquem como:

I - desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro;

II - de eficácia carente de evidência científica;

III - suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

§ 1º - A justificação de que trata este artigo será averbada ao prontuário médico após a entrega de cópia à gestante ou ao seu cônjuge, companheiro ou parente.

§ 2º - Ressalvada disposição legal expressa em contrário, ficam sujeitas à justificação de que trata este artigo:

1 - a administração de enemas;

2 - a administração de ocitocina, a fim de acelerar o trabalho de parto;

3 - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo;

4 - a amniotomia;

5 - a episiotomia, quando indicado.

Artigo 14 - A equipe responsável pelo parto deverá:

I - utilizar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis;

II - utilizar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta;

III - esterilizar adequadamente o corte do cordão;

IV - examinar rotineiramente a placenta e as membranas;

V - monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho de parto, fazendo uso do partograma recomendado pela OMS;

VI - cuidar para que o recém-nascido não seja vítima de hipotermia.

§ 1º - Ressalvada a prescrição médica em contrário, durante o trabalho de parto será permitido à parturiente:

1 - manter liberdade de movimento durante o trabalho de parto;

2 - escolher a posição física que lhe pareça mais confortável durante o trabalho de parto;

3 - ingerir líquidos e alimentos leves.

§ 2º - Ressalvada prescrição médica em contrário, será favorecido o contato físico precoce entre a mãe e o recém-nascido após o nascimento, especialmente para fins de amamentação.

Artigo 15 - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Artigo 16 - Esta lei entra em vigor na data da publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 25 de março de 2015.

GERALDO ALCKMIN

David Everson Uip

Secretário da Saúde

Edson Aparecido dos Santos

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 25 de março de 2015.

ANEXO B - LEI DO ACOMPANHANTE

Presidência da República

Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.

Mensagem de veto

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1o O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

"CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O

TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1o O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2o As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L.(VETADO)"

Art. 2o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184o da Independência e 117o da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto