



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE-PB  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DANIELLA ENOQUE VASCONCELOS FREITAS**

**O SUS E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO**

CAMPINA GRANDE – PB  
2011

**DANIELLA ENOQUE VASCONCELOS FREITAS**

## **O SUS E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. MSc Regina Celi Sales Nobrega de Santana.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

F866s Freitas, Daniella Enoque Vasconcelos.  
O SUS e a humanização do parto [manuscrito] /  
Daniella Enoque Vasconcelos Freitas. – 2011.  
24f.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Psicologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro  
de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.  
“Orientação: Profa. Ma. Regina Celi Sales Nobrega de  
Santana, Departamento de Psicologia”.

1. Parto. 2. Humanização do parto. 3. Sistema Único  
de Saúde – SUS. I. Título.

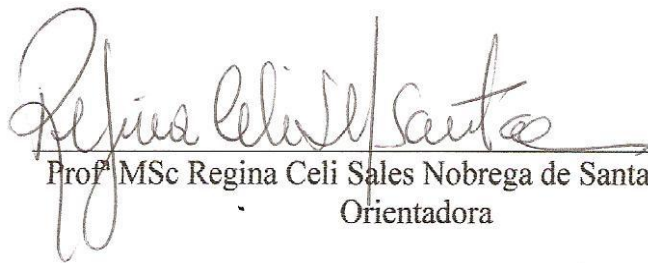
21. ed. CDD 618.4

**DANIELLA ENOQUE VASCONCELOS FREITAS**

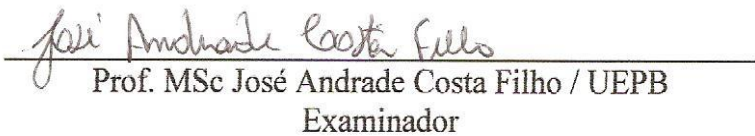
## **O SUS E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado com nota noze (9,0),  
como requisito parcial para obtenção do grau Bacharel/Licenciatura em Psicologia no  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba.

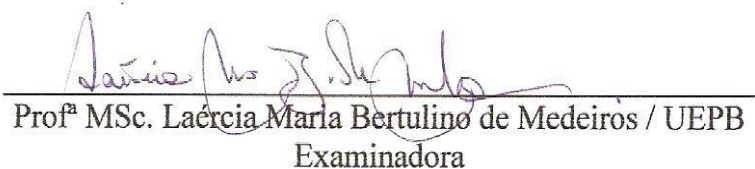
Aprovada em 29/11/2011.



Prof.<sup>a</sup> MSc Regina Celi Sales Nobrega de Santana / UEPB  
Orientadora



Prof. MSc José Andrade Costa Filho / UEPB  
Examinador



Prof.<sup>a</sup> MSc. Laécia Maria Bertulino de Medeiros / UEPB  
Examinadora

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus me capacitar a cada dia com sabedoria, coragem e inteligência para enfrentar os desafios que o dia-a-dia nos apresenta.

Aos meus pais, Giomario Alves Vasconcelos e Zenice Enoque Vasconcelos, que somaram esforços desde a minha tenra idade investindo na minha educação sem nenhuma cobrança, sempre com muito amor, dedicação, carinho e atenção. Pela confiança que me depositam acreditando nas minhas escolhas e sempre me apoiando.

A minha querida irmã Betania Enoque Vasconcelos que sempre se mostrou parceira e incentivadora em todas as fases da minha vida.

Ao meu esposo, Adhabliand Jefferson Ferreira Freitas, pelo incentivo, suporte, amor, e companheirismo que me dispensa em todos os dias da nossa união.

A minha orientadora Regina Celi por ter me orientado de forma competente e paciente; bem como ao professor José Andrade que desde o meu ingresso na UEPB acompanha o meu percurso de forma atenta e amiga; E a professora Laércia Maria que de forma dedicada, paciente e competente realizou o estudo das minhas disciplinas e me oportunizou o ingresso.

Aos demais familiares e colegas que estiveram ao meu lado durante todo este percurso com sua amizade e parcerias.

# O SUS E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

FREITAS, Daniella Enoque Vasconcelos.

---

## RESUMO

O presente artigo científico pretende refletir sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) através do histórico da saúde pública no Brasil, que atualmente se encontra inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), onde iremos destacar a Humanização da Assistência Obstétrica ou Parto que visa resgatar para mulheres e profissionais de saúde a singularidade deste momento (parto).

Palavras-chave: SUS, Política Nacional de Humanização (PNH) e Parto.

---

## ABSTRACT

This article aims to reflect on the National Policy of Humanization (PNH) through of the history of public healthy in Brazil, that is currently included in Unified Health System (SUS), where we will highlight the humanization of Obstetric Care or Childbirth that proposes to recover for women and health professionals, the uniqueness of this moment (birth).

Keywords: SUS, National Policy of Humanization (PNH) and Birth.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	9
3. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH.....	11
3.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
5. REFERÊNCIAS.....	22

## 1.INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, é preocupação do homem proteger sua saúde, a arte de curar por muitos anos ficou entregue a curandeiros, que se incumbiam da assistência às populações.

Ao longo da história humana, os problemas de saúde que os homens enfrentam estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária. No século XIX, Pasteur, Rock e Lister e outros cientistas marcaram a época com mudanças geradas por suas grandes descobertas na área bacteriológica, que conseqüentemente deram um novo enfoque à saúde pública no mundo.

Em 1808 com a vinda da família real deu-se a primeira Organização Nacional de Saúde Pública no Brasil. As atividades de Saúde Pública, no séc.XIX, no primeiro governo de Rodrigues Alves (1902-1906) que houve a primeira medida sanitária no país. O Rio de Janeiro não tinha nenhum saneamento básico e, assim, várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela e a peste bubônica espalhavam-se facilmente. Foi quando o presidente então nomeou o médico Oswaldo Cruz para dar um jeito no problema. Numa ação violenta os sanitaristas invadiam as casas, queimavam roupas e colchões. Com tais atitudes a população foi se indignando, e saíram às ruas se iniciando a Revolta da Vacina e Oswaldo Cruz acabou afastado.

O modelo de saúde existente no Brasil, no período dos anos 1980, não era condizente com a realidade social e sanitária da população. Esse modelo gerou discussões em torno de um orçamento próprio para a saúde, atendimento, prevenção e cura das doenças. Foi a partir dessas discussões que começou a se consubstanciar a idéia da unicidade de um sistema, para atender a todos os cidadãos brasileiros e não mais a distinção no atendimento voltado para os previdenciários e os não previdenciários, ou da forma mais habitualmente usada, os contribuintes e os “indigentes”.

Os avanços que aconteceram no cenário da saúde pública no Brasil se devem as conferências realizadas pelos líderes do Conselho Nacional de Serviço de Saúde (CONASS) e a que mais se destaca é a 8º Conferência Nacional de Saúde que:

[...] em 1986, e que veio a gerar a partir desses princípios as bases para as discussões da constituição brasileira de 1988 e mais tarde da lei 8080, de 1990, que é a lei, fundadora do SUS. Então, o CONASS foi um ator decisivo nesse processo todo, tanto nos antecedentes, como também no processo de implantação dessa política. Porque uma coisa é a formulação da proposta e outra coisa é a implantação do SUS. (CONASS, 2007, p. 47).



O movimento da reforma sanitária brasileira organizou e realizou a famosa 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Nessa Conferência, o movimento da reforma sanitária brasileira aprovou o relatório final:

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: a) saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”; b) saúde como direito da cidadania e dever do Estado; c) instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade (CONASS, 2007).

Que já estava apontando os eixos básicos do que viria a ser o SUS. Eram eixos que também não foram inventados do nada. Tinham uma fundamentação na experiência de países com sistemas muito avançados de saúde. Era o sistema inglês e sueco. Cuba, naquele momento, também apresentava para o mundo o seu sistema de saúde, que era um sistema universal, equitativo, muito respeitado, independente das discussões políticas e ideológicas. O sistema cubano, inglês, sueco e alguns outros eram objeto de estudo aqui no Brasil do movimento da reforma sanitária brasileira e passou a ser objeto de estudo dos constituintes.

O CONASS, juntamente com outras entidades, participou da formulação da idéia do que se tornou o Sistema Único de Saúde. Buscando soluções para resolver as dificuldades orçamentárias e para prestar atendimento digno para a população.

No ano de 2003 quando a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, já existiam ações e programas com foco na humanização, como por exemplo: o Programa de Atenção ao Parto e Pré-Natal e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Entretanto estes programas, de modo geral, não mantinham articulação entre si e tinham um caráter fragmentado.

A PNH ou Humaniza SUS surge, então, como uma política que engloba as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências do SUS visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização, tendo como princípio a indissociabilidade entre a atenção e gestão.

Após observar os avanços conquistados com a evolução da saúde pública no Brasil iremos nos detalhar através da Constituição Federal de 1988 que nos orienta sobre os direitos conquistados para a Saúde como o Sistema Único de Saúde (SUS).

## 2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Cabe lembrar que antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada pelo Inamps, autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece que:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com este artigo, supra transcrito, fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. Ainda conforme a Constituição Federal de 1988, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade. Coincidindo com a promulgação da Constituição de 1988, nesse mesmo ano é criado o:

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), parceiro fundamental para a construção tripartite do SUS. Uma vez aprovado, o SUS precisou de uma regulamentação em lei que só foi acontecer em 1990. O movimento da reforma sanitária brasileira e o CONASS participam desse processo de regulamentação (CONASS, 2007, p.60).

Esse documento serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte em 1987. Nelson Rodrigues dos Santos credita ao movimento da reforma sanitária a organização e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte, em 1987. Como resultado do

debate entre as diversas propostas em relação ao setor Saúde apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte, a aprovação da Constituição Federal de 1988 (CF-1988) criou o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da comunidade. (CONASS, 2007, pag.59)

Na opinião de Mourad Belaciano, A 8ª Conferência Nacional de Saúde marcou a história. Foi um grande divisor de águas, onde se formulou as diversas frentes que apontavam as mudanças institucionais necessárias: a questão do financiamento, dos recursos humanos, ciência e tecnológica, organização do sistema. Toda a essência do que viria a ser a legislação do SUS foi discutida amplamente nesse momento, com as forças políticas, com as forças sociais e com as forças das entidades profissionais.

A década de 1990 ficou marcada por várias ações objetivando a construção do Sistema Único de Saúde: a Lei Orgânica da Saúde, as normas operacionais, a extinção do Inamps, a transferência “fundo a fundo”, a mudança da sistemática de financiamento.

Parafraseando Fernando Cupertino (apud CONASS, 2007, p.88):

[...] o SUS passou a ser “esculpido” pelas normas operacionais a partir dos anos 1990. As Conferências Nacionais de Saúde desse período foram significativas para produzir e socializar o conhecimento necessário para que a escultura fosse tomando a forma que se conhece neste início de século XXI.

Com a criação do Sistema Único de Saúde todos os cidadãos brasileiros passaram a ter direito a saúde. A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, cuja regulamentação foi feita pela Lei 8080/90, a chamada “Lei Orgânica da Saúde”. Conforme evidenciado em CONASS (2007):

A **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

E ainda, ainda sobre a regulamentação do SUS, CONASS (2007) explicita que:

A **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área de saúde, como a alocação dos

recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal.

Fernando Cupertino ao analisar a implantação do SUS, demonstra que os atos normativos do Poder Público vão esculpindo esse sistema de saúde conquistado pela sociedade, um exercício de cidadania que alcança toda a população: Declara que o SUS não é só um processo de saúde, mas também de inclusão social, talvez o mais espetacular que o Brasil já tenha vivido, e que ainda não se completou – ele está em marcha. Tivemos a promulgação da Constituição de 1988, a lei orgânica da saúde, que começou em 1990 o detalhamento do sistema. De lá para cá, sucessivos atos normativos foram estabelecendo o jeito, foram esculpindo a figura do SUS. Essa escultura ainda não está pronta.

Segundo Ricardo F. Scotti, para o SUS cumprir realmente sua função é necessário que haja a integração das três esferas de governo: Não havia nenhuma autoridade sanitária que pensasse o município, a região ou o estado como um todo – nem mesmo o Ministério. Tínhamos redes concorrentes. Isso configurava serviços desintegrados, competitivos e sem planejamento. A partir do SUS é que começou movimento de organizar uma rede integrada entre União, estados e municípios. (SCOTTI,2006 apud CONASS, 2007, p. 61).

Todas as Conferências Nacionais de Saúde acrescentam através das discussões de seus temas, princípios norteadores para a contínua construção e melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e em algumas delas destacamos o tema humanização como a 11ª Conferência que foi realizada em 2000 e discutiu as questões relacionadas ao acesso, qualidade e humanização, como também a 12ª Conferência realizada em 2003 com o tema central “Saúde um direito de todos e dever do Estado: a Saúde que temos, o SUS que queremos” e a última que foi a 14ª Conferência Nacional que se realizará de 30/11 a 04/12/2011 tendo como tema: "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro".

### **3. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH**

Em 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH), se intensifica esta aposta na humanização das práticas de gestão e de atenção nos modos de cuidar. A PNH é uma

política do SUS, a humanização é vista como política pública e não como um programa. É uma política transversal, que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Ações estas que implicam segundo o HumanizaSUS que é o documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS, 2008:

1. Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;	4. Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
2. Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer;	5. Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários;
3. Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;	6. Posicionar-se, como política pública: a) nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais; b) nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (intersectorialidade).

\*Dados retirados do HumanizaSUS, 2008.

Assim, se entende a humanização do SUS como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde sendo esses usuários, trabalhadores e gestores. Proporcionando o direito de autonomia para esses profissionais, aumentando assim o comprometimento dos profissionais de saúde para com o usuário.

Garantir a defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual.

Sendo uma das suas propostas realizar um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo. Uma constante luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde- A construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos (Grupo de Trabalho em Humanização; Rodas; Colegiados de Gestão, etc.);- A construção e a troca de saberes;- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar; - O mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; - O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; - A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A PNH se estrutura a partir de princípios. Por princípio entende-se, o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui dispositivos, por dispositivos entende-se a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH)
- Colegiado Gestor
- Contrato de Gestão
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial
- Projetos Co-Geridos de Ambiência
- Acolhimento com Classificação de Riscos
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva
- Projeto Memória do SUS que dá certo

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade, aqui destacaremos o eixo instituições do SUS, gestão do trabalho, educação permanente, eixo da informação e comunicação e o eixo da gestão da PNH:

- No eixo das instituições do SUS, propõe-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos governos, como já faz do Plano Nacional de Saúde e dos Termos de Compromisso do Pacto Pela Saúde;
- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional;
- No eixo da educação permanente em saúde indica-se que a PNH: 1) seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação; 2) oriente processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde;
- No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação da mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;
- No eixo da gestão da PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, baseadas em seus princípios, diretrizes e dispositivos, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

Para orientar a implementação de ações de Humanização na rede SUS, reafirmam-se os princípios da PNH, direcionados nos seguintes objetivos:

- a. Ampliar o diálogo entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- b. Implantar e fortalecer os Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas de Humanização com plano de trabalho definido;
- c. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- d. Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente a violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso), a violência realizada por agentes do Estado (populações pobres e

marginalizadas), a violência urbana e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos;

- e. Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Segue neste documento: Parâmetros para implementação de ações na atenção básica; Parâmetros para implementação de ações de urgência e emergência, nos prontos-socorros, pronto atendimentos, assistência pré-hospitalar e outros; Parâmetros para implementação de ações na atenção especializada e Parâmetros para implementação de ações na atenção hospitalar que são eles:

- Implantação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
- Garantia de visita aberta, da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Implantação de mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
- Implantação de mecanismos de escuta para a população e para os trabalhadores;
- Estabelecimento de equipe multiprofissional de referência para os pacientes internados (com médico e enfermeiro, com apoio matricial de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais de acordo com as necessidades), com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Implantação de Conselho de Gestão Participativa;
- Implantação de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (pronto atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia);
- Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho;



- Realização de atividades sistemáticas de formação, articulando processos de educação permanente em saúde para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas permeadas pelos princípios e conceitos da PNH;
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

A Política Nacional do SUS, o HumanizaSUS completa oito anos de construção, nascida como uma política de governo, a PNH, no entanto, sempre quis como uma política pública, uma política do coletivo. Os desafios do SUS são muitos, é preciso que os profissionais e usuários incorporem um modo de fazer, e não deixar que tal política se transforme em mais uma.

### 3.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Ainda no século XIX, quando emergiam e se consolidavam esses conceitos, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste.

Ou seja, a assistência pré-natal surgiu como um processo de “puericultura intra-uterina”, como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção à mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs “o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança”.

Todo início começa com o pré-natal onde a equipe de saúde deve realizar procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as

intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.9)

Percebe-se aqui que o pré-natal não é somente um procedimento ou uma simples consulta mais uma garantia de saúde tanto para a mulher como e principalmente para o bebê. E o pré-natal é um momento de esclarecer dúvidas, orientação e possibilita um acompanhamento de todo o desenvolvimento da gestação. Segundo o Ministério da Saúde (2002), durante o pré-natal:

[...] a gestante deve receber orientações em relação aos seguintes temas: processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento estão estruturados nos seguintes princípios segundo a OMS,1996:

1. Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
2. Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso a maternidade em que será atendida no momento do parto;
3. Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
4. Todo recém-nascido tem direito a assistência neonatal de forma humanizada e segura.

A humanização de assistência ao parto é uma tentativa de resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto respeitando cada mulher como um sujeito, ofertando suporte emocional não só para a mãe como também para a família. Fazendo parte deste processo também respeitar os desejos da mulher, quanto ao seu planejamento para o parto e disponibilizar toda a tecnologia perinatal garantindo maior segurança para mãe e para o bebê.

Segundo o Ministério da Saúde (2001, p.9),

o conceito de humanização é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal.

As condições físicas da sala de pré-parto e da sala de parto devem ser organizadas de forma em que não se perceba estar num ambiente hospitalar, seguindo as diretrizes da PNH, um ambiente acolhedor e que ofereça espaço para a parturiente caminhar, para que tenha liberdade. Não sendo possíveis tais modificações por depender muitas vezes de investimentos financeiros, essa modificação pode acontecer no modo como os trabalhadores se esforçam para o atendimento com os usuários. As tarefas do profissional de saúde são quatro segundo a OMS, 1996:

- Dar apoio a mulher, ao seu parceiro e a sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós parto.
- Observar a parturiente, monitorar o estado fetal e posteriormente o do recém-nascido; avaliar os fatores de risco; detectar os problemas precocemente.
- Realizar intervenções, como amniotomia e episiotomia, se necessário; prestar os cuidados ao recém-nascido após o nascimento.
- Encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem.

A adequada assistência ao parto e o necessário respeito aos desejos da mulher compreendem seu conforto, segurança e bem-estar. O direito ao acompanhante da gestante já reconhecido em várias instâncias, acompanhantes estes que podem ser o marido, companheiro, familiar próximo ou amiga.

Existe também, além do acompanhamento pelo parente ou companheiro, a doula que pode ter ou não treinamento específico para isto. A doula presta constante apoio à gestante acompanhando, encorajando, orientando, auxilia nas técnicas respiratórias, massagens, banhos mornos, estimula a participação do marido, explicando toda a evolução ou progresso do parto e esclarecendo procedimentos que venham a ser realizados. E após o nascimento, a doula ainda:

Informa e orienta a mulher quanto a dequitação e ao clampeamento do cordão; Estimula a colocação do recém-nascido sobre o abdome materno, num contato pele-a-pele, estimulando o início da sucção do peito materno e favorecendo o vínculo afetivo mãe-filho; e posteriormente, informa e orienta também quanto ao início e manutenção do aleitamento materno. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.67)

A mulher tem direito de poder receber uma atenção durante o trabalho de parto que ofereça a possibilidade de controle da dor quando e, se necessário, é um direito garantido por

portarias do Ministério da Saúde (nº 2.815 de 1998 e, posteriormente, a de nº572 de 2000), que incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos remunerados pelo SUS.

Uma vez diagnosticado o trabalho de parto e a regularidade das contrações, a dor pode e deve ser aliviada, pois pode ser prejudicial tanto à mãe quanto ao feto, principalmente quando incide sobre um organismo materno com patologia associada ou unidade feto-placentária com baixa reserva. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 69)

A estratégia que o Ministério da Saúde desenvolveu para incentivar instituições em todo o Brasil para o estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno, foi o Prêmio Professor Galba de Araújo, criado em 1999 que reconhece e premia as unidades de saúde integradas à rede SUS de maior destaque na atenção humanizada à mulher e ao recém-nascido, estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno.

Cada ação desenvolvida na humanização da assistência ao parto nos certifica a necessidade de investimento dos profissionais de saúde em sair do modelo técnico, da rotina e se disponibilizarem para perceber cada usuário como um em sua singularidade. Não é somente o ato de humanizar e sim um conjunto de ações que constroem a humanização, com o objetivo de proporcionar a saúde pública, e por que não a saúde como um todo, a possibilidade de nos perceber como sujeitos e não como trabalhadores e ou usuários mecanizados e manipulados.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos a Saúde Pública no Brasil mostrou grandes avanços, não só nos programas que desenvolveu como também na difusão de informações para os usuários sobre o direito à saúde. E dentro do que propunha a Constituição 1988 ações de saúde que constituem um sistema único deve seguir as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, o que nos faz perceber que a PNH segue tais diretrizes.

Quando se remete ao tema de implicar as gestões municipal, estadual e federal para concretização da Política, encontramos aqui o primeiro ponto definido pela Constituição, seria a descentralização; quando vemos atendimento integral, logo nos remetemos a questão multiprofissional “trabalhadores e usuários como protagonistas das ações de saúde”, que é uma das propostas para se realizar um trabalho coletivo no SUS. E a participação da comunidade, que é onde o usuário aparece dentro da Política Nacional de Humanização como protagonista.

A proposta na humanização das práticas de gestão e de atenção nos modos de cuidar chama a atenção para os profissionais de saúde e me especial para o profissional psicólogo que pode se propor em ações multidisciplinar dentro da gestão, intervenções com os trabalhadores repensando as relações interpessoais, e pensar, produzir sobre o tema atenção nos modos de cuidar.

O psicólogo integrado nos serviços públicos deve buscar orientar e implementar ações de humanização, baseado nas políticas públicas e não em conceitos voltados para o atendimento individual, e sim como diz um dos muitos princípios da PNH: “deve-se reforçar o conceito de Clínica Ampliada” que é a disponibilidade do profissional em si comprometer no processo de produção de saúde e não pura e simplesmente repetir ações já realizadas.

Segundo BENEVIDES (2005, p.24), aqui, a interface da Psicologia com o SUS se dá pela certeza de que o processo de inventar- se é imediatamente invenção de mundo e vice-versa, e continuando declara:

De nada adiantam tais princípios se eles não forem imediatamente ação política, ação sobre a polis, ação sobre os processos de constituição da cidade e dos sujeitos. O que queremos ressaltar é que os eixos da universalidade, equidade e integralidade, constitutivos do SUS só se efetivam quando conseguimos inventar modos de fazer acontecer tais eixos. Interessa perguntar o como fazer e, aqui, nossa experiência indica que a construção das redes, das grupalidades, de dispositivos de co-gestão, de aumento do índice de transversalidade, de investimento em projetos que aumentem o grau de democracia e participação institucional, são alguns dos caminhos a serem percorridos.

Chamamos a atenção também para a preocupação da PNH em desenvolver um olhar diferencial em relação aos profissionais de saúde, porque para a implantação real da PNH, é preciso que os trabalhadores iniciem entre si o processo de ações humanizadas para que possam repassar a humanização.

## 5. REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina and CECATTI, José Guilherme **Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática.** *Cad. Saúde Pública*, Jun 2011, vol.27, no.6, p.1053-1064. ISSN 0102-311X

BENEVIDES, Regina. **A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais Interfaces?** *Psicologia & Sociedade*; 17 (2): 21-25; mai/ago.2005

BERNARDES, Anita Guazzelli. GUARESCHI, Neuza. Estratégias de produção de Si e a Humanização no SuS - 2007. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (3), 462-475

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2008). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 156 p. (CONASS 25 anos) 1. SUS (BR). 2. Trajetória da entidade. I Título.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006. 164 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, Área Técnica da Mulher - Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado, Nery, Inez Sampaio and Luz, Maria Helena Barros **A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar.** *Esc. Anna Nery*, Mar 2007, vol.11, no.1, p.98-104. ISSN 1414-8145

DIAS, Marcos Augusto Bastos and Deslandes, Suely Ferreira **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência.** *Cad. Saúde Pública*, Dez 2006, vol.22, no.12, p.2647-2655. ISSN 0102-311X

Dossiê Humanização do Parto/ Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002.

FINKELMAN, Jacobo (Org.) – Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2002.

MARQUE, Flávia Carvalho. DIAS, Ieda Maria Vargas. AND AZEVEDO, Leila. **A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2006, vol.10, n.3, pp. 439-447. ISSN 1414-8145. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000300011>>.

MAIA, Mônica Bara – **Humanização do parto: Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Editora Fiocruz, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS, 1996.

PASCHE, Dário Frederico. Passos, Eduardo. **A importância da humanização a partir do sistema único de saúde.** *Rev. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis*, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. **Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições.** *Acta paul. enferm.*, Jun 2007, vol.20, no.2, p.205-215. ISSN 0103-2100.

Programa de Humanização do Parto - Humanização no Pré-natal e Nascimento - Ministério da Saúde – 2002.

SPINK, Mary Jane Paris – **A Psicologia em Diálogo com o SUS- Prática Profissional e Produção Acadêmica.** Casa do Psicólogo, 2006.