



REFLECTIONS ON THE PROMOTION OF HEALTH IN THE CONTEXT THE PROGRAM HUMANIZATION PRENATAL AND BIRTH

REFLEXÕES SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

REFLEXIONES SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DEL PRENATAL Y PARTO

Linicarla Fabiole de Souza Gomes¹, Camila Chaves da Costa², Cristiana Brasil de Almeida Rebouças³, Patrícia Neyva da Costa Pinheiro⁴, Neiva Francenely Cunha Vieira⁵, Ana Kelve de Castro Damasceno⁶

ABSTRACT

Objective: to think over the role of health promotion in the context of the Prenatal and Birth Humanization Program. **Method:** a reflective study, conducted from reading articles, manuals of the Ministry of Health, legislation and books. The search was performed by on-line access in March 2011. After reading and summary the literature, we proceeded to descriptive analysis, which contributed to the reflection on the subject. **Results:** the humanized obstetrical attention involves knowledge, practices and attitudes aiming to promote a healthy childbirth and birth. The PBHP adopts humanization in an equity/citizenship context, being health promotion associated with the role of citizens seen as citizens of rights. Health in education corroborates with the empowerment of women in this obstetric experience. Conclusion: the health promotion in the PBHP includes a quality care and humanization, considering the woman as the protagonist of pregnancy and childbirth. It's up to the nurse to reflect over health promotion of the binomial mother and son. **Descriptors:** humanizing delivery; health promotion; health education; nursing.

RESUMO

Objetivo: refletir sobre a promoção da saúde no contexto do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Método:** estudo reflexivo, realizado a partir da leitura de artigos, manuais do Ministério da Saúde, legislações e livros. A busca de informações foi realizada em março de 2011, pelo acesso on-line que, depois da leitura e fichamento da literatura, procedeu-se a análise descritiva, o que contribuiu para a reflexão sobre a temática. **Resultados:** a atenção obstétrica humanizada envolve conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis. O PHPN adota a humanização em um contexto de equidade/cidadania, tendo a promoção da saúde associação com o protagonismo dos sujeitos vistos como cidadãos de direitos. A educação em saúde corrobora com o empoderamento da mulher nessa vivência obstétrica. **Conclusão:** a promoção da saúde no PHPN contempla uma atenção de qualidade e a humanização, considerando a mulher como protagonista do ciclo gravídico-puerperal. Cabe ao enfermeiro refletir sobre a promoção da saúde da mulher e de seu filho. **Descritores:** parto humanizado; promoção da saúde; educação em saúde; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre la promoción de la salud en el contexto del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento. **Método:** estudio reflexivo, llevado a cabo a partir de la lectura de artículos, manuales del Ministerio de Salud, de la legislación y los libros. La búsqueda fue realizada por el acceso en línea en marzo de 2011. Después de la lectura y resumen de la literatura, se procedió a un análisis descriptivo, lo que contribuyó para la reflexión sobre el tema. **Resultados:** la atención obstétrica humanizada implica conocimientos, prácticas y actitudes para promover un parto y nacimiento saludables. El PHPN adopta la humanización en un contexto de equidad/ciudadanía, estando la promoción de la salud asociada al protagonismo de los sujetos como ciudadanos de derecho. La educación en salud fortalece el empoderamiento de la mujer en esta vivencia obstétrica. **Conclusión:** la promoción de la salud en el PHPN incluye una atención de calidad y humanización, con la mujer como protagonista del embarazo y el parto. Corresponde al enfermero reflexionar sobre la promoción de la salud de la mujer y su hijo. **Descriptores:** parto humanizado; promoción de la salud; educación en salud; enfermería.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: linicarlafabiole@yahoo.com.br;

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/UFC. Bolsista FUNCAP. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: milinha_ita@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: cristianareboucas@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto II da Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: neyva@ufc.br; ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado I da Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: nvieira@ufc.br; ⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III da Universidade Federal do Ceará/UFC. Tutora do Programa de Educação Tutorial PET/SESU/Enfermagem/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: anakelve@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são momentos inerentes ao ciclo vital feminino, constituindo-se como um processo fisiológico, no qual a mulher precisa ser a protagonista em todos os momentos destes eventos. Logo, cabe aos gestores e aos profissionais elaborarem e efetivarem políticas públicas que garantam o direito a uma assistência de qualidade, integral e humanizada, e que venha ao encontro da promoção da saúde da mulher e de seu filho.

A maternidade constitui uma das mais importantes experiências físicas, psicológicas e intersubjetivas na vida da mulher. O parto, enquanto episódio fisiológico representa o ápice dos fenômenos bioquímicos e, enquanto evento emocional, psíquico e existencial, é a própria transcendência.¹

Apesar de o processo de parir ser caracterizado como biológico e social, a partir do século XIX, passou a receber a conotação patológica devido à influência cada vez mais presente da cultura hospitalocêntrica² que privilegia a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência.³

No Brasil, a medicalização do parto está cada vez mais presente, contribuindo para a elevação dos índices de mortalidade materna e de cesarianas no país.⁴ As altas taxas de mortalidade materna e infantil configuram-se como violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública. Em 2003, a razão de mortalidade materna - RMM no Brasil foi de 51,7 por 100.000 nascidos vivos (NV), e a RMM corrigida é de 72,4 por 100.000 NV, correspondendo a 1.572 óbitos. Quanto às causas da morte, predominaram as obstétricas diretas, em especial as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas.⁵

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) declinou de 47,1 em 1990 para 19,3 em 2007, uma redução de 59%, com maior queda na região Norte e Nordeste, porém, essas regiões têm os níveis mais elevados de mortalidade infantil. A região Nordeste em 2007 apresentou TMI de 27,2/1000 NV.⁶ Vale destacar que a mortalidade perinatal é o indicador mais apropriado e utilizado nos serviços de saúde para a análise da assistência obstétrica e neonatal.⁶ Sendo o componente neonatal precoce responsável por cerca de 50% das mortes infantis, verifica-se uma estreita relação entre os óbitos infantis e a atenção ao parto e nascimento, a qual é predominantemente hospitalar no Brasil.⁷

Essas mortes maternas e infantis contrapõem-se aos avanços científicos e tecnológicos nas áreas de saúde materna e perinatal do final do século XX. Sendo inadmissível que o processo de reprodução cause danos às mulheres ou a seus conceitos, ou leve-os à morte.⁵ O termo parto humanizado vem sendo utilizado e proposto pelo Ministério da Saúde, no entanto, observa-se que o ato de parir tem deixado de ser natural para ser um momento de intervenções médicas excessivas, tirando da mulher o direito de ser protagonista deste evento.

Em perspectiva de retomada da naturalidade do parto, políticas de humanização como o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) têm ganhado espaço no cenário governamental, gerando discussões entre os setores sociais preocupados com a assistência em saúde voltada para a segurança e o respeito aos direitos humanos.⁴

O PHPN visa o desenvolvimento de medidas de promoção da saúde, prevenção e cuidados às mulheres grávidas e aos recém-nascidos, garantindo acesso, qualidade e capacidade instalada para a assistência obstétrica e neonatal,⁸ tendo como uma de suas principais intervenções a realização de estratégias de educação em saúde que trabalhem temas inerentes ao período gravídico-puerperal. Esse programa fundamenta-se no princípio de que a humanização da assistência é condição primordial para o adequado acompanhamento do parto e puerpério.

A humanização compreende dois aspectos fundamentais: o primeiro é o dever de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, o que requer atitude ética e solidária dos profissionais e a organização da instituição para criar um ambiente acolhedor com rotinas hospitalares que rompam o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo consiste na adoção de medidas benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando intervenções desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e com frequência acarretam riscos para ambos.⁹

A assistência humanizada proporciona às mulheres um forte sentimento de confiança e segurança durante o parto, e ao cuidar de seu filho muitas têm uma experiência de autotransformação, sentindo-se capazes para desempenhar seu novo papel social.¹⁰ Para promover a humanização do gestar, parir e nascer faz-se necessário o envolvimento de todos os atores envolvidos nesse processo, desde usuários, família, profissionais,

gestores, em uma consonância de ações que venham promover a saúde dessa mulher e de seu filho.

Diante da importância da humanização do pré-natal e nascimento para a mulher, seu filho, sua família e a sociedade, despertou-se o interesse em desenvolver um estudo reflexivo sobre a implementação do PHPN no Brasil como política pública de humanização da assistência à mulher e seu filho na perspectiva da promoção da saúde dos mesmos. Ademais, tal estudo contribuirá para a ampliação dos conhecimentos e reflexão sobre a importância da humanização durante o ciclo gravídico-puerperal pelos profissionais da saúde e os gestores, contribuindo para a adoção de ações, estratégias e cuidados humanizados. Frente ao exposto, objetivou-se refletir sobre a promoção da saúde no contexto do PHPN.

MÉTODO

Estudo reflexivo, que buscou uma reflexão sobre a promoção da saúde no cenário do PHPN. Desenvolvido como requisito parcial de avaliação das disciplinas Enfermagem e as Bases Teóricas Promoção da Saúde e Tópicos Avançados de Educação em Saúde do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC, cursadas no primeiro semestre de 2011.

Para o desenvolvimento do mesmo foi realizada a revisão narrativa da literatura objetivando reunir os conhecimentos sobre o tópico em estudo, integrando-o e facilitando seu acúmulo¹¹. A literatura incluiu artigos, manuais do Ministério da Saúde do Brasil, legislações pertinentes e livros. Os artigos foram pesquisados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDEF (Biblioteca de Enfermagem). Foram incluídos os artigos completos; disponíveis eletronicamente; publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; no período de 2000, ano em que foi criado o PHPN, até 2010.

Para a busca de tais artigos utilizou-se os descritores controlados: “promoção da saúde” e “parto humanizado”. A busca foi realizada pelo acesso on-line no mês de março de 2011. Após a leitura e fichamento da literatura disponível, procedeu-se a análise descritiva e de conteúdo da mesma, o que contribuiu para a reflexão sobre a temática.

RESULTADOS

Os resultados são as reflexões resultantes da leitura e análise do material estudado, e para melhor apresentação foram organizados

em três tópicos assim intitulados: a humanização do parto no Brasil; Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento; e promoção da saúde e educação em saúde no contexto da humanização do parto e nascimento.

• A humanização do parto no Brasil

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se desde o pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias e preservando sua privacidade e autonomia.¹²

Frente ao exposto, o parto humanizado é um movimento reflexivo que almeja reorganizar os procedimentos obstétricos de atendimento ao parto, o qual surgiu, principalmente, pelas altas taxas de cesarianas e insatisfação das usuárias com o atendimento, tendo como objetivo respeitar as particularidades da mulher.¹³

Dentro da perspectiva de parto humanizado, que se contrapõe à tecnificação, os profissionais de saúde precisam assumir um papel de coadjuvantes desta experiência, colocando-se a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Então, os profissionais podem minimizar a dor por meio de medidas não farmacológicas, ficando ao lado, confortando, esclarecendo sobre os riscos da adoção de medidas intervencionistas, enfim, ajudando a parir e a nascer.¹²⁻³

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Tal atitude permite ao profissional estabelecer vínculo com a mulher, perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento, além de promover relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional adotar condutas que tragam bem-estar e segurança para a mulher e o bebê.¹²

Vale destacar uma experiência inovadora de humanização desenvolvida no Centro de Parto Normal de Itapeverica da Serra-SP. Neste os partos são realizados por enfermeiras obstétricas com assistência centrada nas necessidades da parturiente e seguindo os procedimentos definidos pelo MS para a atenção ao parto e o nascimento, como: dieta e ingestão hídrica livre durante o parto; acompanhante de escolha da mulher;

liberdade para movimentação; adoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor; considerar o desejo da mulher; permitir interação mãe e filho; estimular amamentação precoce, dentre outros.¹⁴

Estudo que avaliou a assistência em uma Casa de Parto, cenário de humanização do parto, constatou que as mulheres buscam esse serviço pelo cuidado humanizado ofertado, o qual não depende só da estrutura física ou de normas e rotinas cumpridas, mas também da postura profissional comprometida com um cuidar sensível e competente.¹⁵ As Casas de Parto têm o potencial de contribuir para a promoção de práticas humanizadas além de poderem diminuir as condutas medicamentosas e intervencionistas durante o parto e nascimento.¹⁶

Em uma investigação, com delineamento qualitativo, realizada em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, identificou-se que a maioria das entrevistadas não conhece a proposta de humanização da assistência ao parto. A possibilidade de ter um acompanhante foi a única inovação que algumas citaram. Ou seja, sem informações sobre diferentes formas de cuidado e uma possibilidade de opção, resta a essas usuárias a conformidade com o cuidado tradicionalmente oferecido.¹⁷

Então, existem vários cenários nos quais os profissionais da saúde podem atuar na promoção do parto humanizado, e nas últimas décadas algumas medidas vêm sendo adotadas para garantir a mulher o direito ao parto humanizado, tal como o PHPN.

● Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento-PHPN

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde na Portaria/GM nº 569 de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, nas perspectivas dos direitos da cidadania.⁹

Somente no ano de 2000 o termo humanização foi adotado oficialmente, a partir do lançamento do PHPN.⁸ O sentido do termo humanização adotado foi o de equidade/cidadania: toda gestante terá direito ao atendimento pré-natal integral e completo (mínimo de seis consultas e a consulta de puerpério), a todos os exames preconizados, a vacina antitetânica e a garantia de vaga para o parto. Além de

estímulos financeiros para que municípios qualifiquem seu pré-natal e para que hospitais garantam vaga para gestantes inscritas no programa.¹⁸

Tal programa tem como prioridades concentrar esforços para reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal; adotar medidas para a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e atenção neonatal. Outra prioridade é ampliar as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestante de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como a Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para a capacitação de profissionais e investimentos nas unidades hospitalares.⁹

Percebe-se que as intenções do programa são amplas e complexas, envolve gestores federais, estaduais e municipais, profissionais da saúde, sociedade civil e outros atores empenhados em promover assistência de qualidade e humanizada à mulher e seu filho.

O PHPN pressupõe um elenco de ações e procedimentos básicos para a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido, integrando três componentes principais: Componente I- Incentivo à assistência pré-natal (no cadastramento da gestante no Sis prenatal, na conclusão da assistência pré-natal e no parto); Componente II- Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal; e o Componente III- Nova sistemática de pagamento da assistência ao parto.⁹

Cada um desses componentes pressupõe ações integradas entre os três níveis de gestão, com articulação entre o MS e as Secretarias de Saúde. Para a avaliação do programa são utilizados indicadores calculados pelo Sis prenatal,⁹ que funcionam como parâmetros para avaliar o cumprimento dos pressupostos do PHPN pelos municípios que aderiram ao mesmo.

Quando se vivencia altas taxas de mortalidade materna e perinatal; baixas coberturas de pré-natal; ou notícias na mídia de mulheres peregrinando numa saga para encontrar um local para parir ou reportagens de gestantes que não tem êxito nessa peregrinação e terminam dando a luz em ambulâncias ou nas calçadas de hospitais, fica claro a necessidade de reflexão sobre a implementação do PHPN. Tal programa, em seus dez anos de existência, se propõe a dar uma assistência humanizada ao parto e

nascimento o que vai de encontro a esses relatos de violência e desumanização à mulher, ao seu conceito e a sua família.

Nessa perspectiva de avaliação do PHPN, estudos do MS e outros pesquisadores, citados a seguir, têm avaliado seus impactos na melhoria da assistência a gestação, parto e nascimento, bem como investigado se indicadores de estados e municípios estão de acordo com o preconizado pelo programa.

Estudo realizado pelo MS avaliou o PHPN e constatou que em 2002 dos 5.561 municípios brasileiros, 3.923 haviam aderido ao programa. Destes, 2.031 tinham algum registro de produção do programa e somente 634 apresentavam registro no Sisprenatal. E evidenciou as seguintes considerações: a realização dos procedimentos previstos são mais frequentes nos municípios de grande porte; o tempo de adesão ao programa é inversamente proporcional ao porte do município; a adesão a Estratégia Saúde da Família (ESF) não apresentou associação quanto à adesão ou não ao PHPN; a oferta de serviços nos municípios facilita a implementação do programa; as maiores taxas de evasão ao pré-natal acontecem nas capitais e os melhores indicadores de atenção pré-natal estão na Região Sul e Sudeste.¹⁹

Além disso, constataram-se como fragilidades do PHPN a falta de integração entre pré-natal e parto; reduzida realização dos exames complementares do 3º trimestre da gestação; escassa realização da consulta puerperal; a diretriz da humanização não vem sendo cumprida, pois as visitas da gestante às maternidades, preconizadas pelo programa, não ocorrem. Outra fragilidade é que a análise do Sisprenatal indica que o sistema é acessível, coerente, tem potencial de instrumentalizar o gerenciamento do PHPN pelos relatórios que emite, mas não retrata de forma integral a realidade do atendimento realizado e apresenta defasagem no tempo e no quantitativo dos dados disponíveis do sistema local quando comparado ao nível central.¹⁹

Quando se reflete sobre essa avaliação do PHPN, percebe-se um destaque para a análise de indicadores de funcionamento do pré-natal, tempo de adesão ao programa, realização de procedimentos preconizados, análise do sistema Sisprenatal, dentre outros. Havendo um único momento em que se relata a avaliação da humanização, quando se afirma que as visitas da gestante às maternidades usadas como referência não acontecia. Percebe-se que a reflexão sobre a humanização foi colocada pontualmente no documento, necessitando de ampliação.

Tal estudo do MS também realizou avaliação de dados qualitativos em sete municípios a partir de entrevistas semi-estruturadas com profissionais, e grupos focais com usuárias dos serviços de saúde. Tal investigação constatou que existe uma dissonância entre muitas dessas recomendações e os desejos e necessidades da mulher, o que faz com que ela trace para si outro fluxo de atendimento. Trazendo prejuízo ao vínculo que a mesma estabelece com o serviço, além da dificuldade de controle do seguimento real que está sendo oferecido.²⁰

A avaliação de dados de 720.871 gestantes cadastradas no SISPRENATAL entre 2001 e 2002 verificou um incremento importante do PHPN, com 9,25% e 27,92% de gestantes cadastradas nesses dois anos respectivamente, das quais 90% foram cadastradas até 120 dias de gestação. Apenas 2% das gestantes em 2001 e 5% em 2002 realizaram o conjunto de atividades assistenciais preconizadas pelo PHPN. Isto aponta que à medida que se adicionam critérios assistenciais preconizados pelo programa, os percentuais de cobertura diminuem, podendo-se inferir que a realização do conjunto de atividades é o maior desafio na atenção pré-natal.²¹

Estudo realizado no estado do Ceará, o qual avaliou indicadores do PHPN de 2001 a 2006, totalizando a avaliação dos dados de 312.507 gestantes cadastradas no programa, constatou que o percentual de gestantes cadastradas aumentou a cada ano, subindo de 9,11% em 2001 para 64,17% em 2006. Quando associados indicadores de avaliação do pré-natal (mínimo de 6 consultas de pré-natal, consulta puerperal, testes laboratoriais, vacina antitetânica, teste anti-HIV) encontra-se o indicador com menor porcentagem com uma média de 15,67% das gestantes tendo direito a esse elenco de procedimentos.²² Isto vai contra o preconizado pelo PHPN, interferindo na qualidade e humanização do pré-natal oferecido.

Investigação realizada no município de Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul, com 2.557 puérperas em 2007, avaliou a cobertura pré-natal de acordo com a renda familiar, concluiu que o serviço de saúde era pouco efetivo, pois apenas 26,8% dos pré-natais foram considerados adequados segundo o PHPN. E classificou o serviço como desigual, pois as usuárias com menor renda tiveram pré-natal com qualidade inferior às de melhor renda.²³

Ao refletirmos sobre esses estudos avaliativos do PHPN, percebe-se predomínio de estudos de indicadores de cobertura pré-

natal e de procedimentos mínimos indicados pelo programa. Constata-se que, apesar da melhoria desses indicadores depois da implantação do programa, as mulheres estão sendo privadas de procedimentos básicos que deveriam estar presentes para que o direito à saúde da mulher e seu filho fosse plenamente assegurado.

● A promoção da saúde e a educação em saúde no contexto da humanização do pré-natal e nascimento

Como previsto pela Lei 8080²⁴, a assistência às pessoas a partir de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada de ações assistenciais e atividades preventivas são objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entende-se por promoção da saúde, o processo de capacitação da comunidade para aumentar o seu controle sobre os determinantes da saúde, promovendo uma melhoria da sua qualidade de vida e saúde.²⁵

A educação em saúde representa um dos principais elementos da promoção da saúde, sendo uma forma de cuidar que possibilita o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva e a emancipação dos sujeitos ao promover a produção de um saber que contribui para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares.²⁶ Isto vai ao encontro dos pressupostos de Paulo Freire²⁷, o qual defende que ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para sua produção ou construção.

Frente ao exposto, a educação em saúde e a promoção da saúde tornam-se intimamente relacionadas, uma vez que a última depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança.²⁴ A promoção tem associação com o protagonismo dos sujeitos como cidadãos de direitos que devem ser respeitados e que precisam ter sua autonomia resguardada. A educação como instrumento de promoção da saúde e estímulo ao autocuidado na assistência pré-natal, como preconizado pelo PHPN, vem corroborar com essa perspectiva de empoderamento dos sujeitos no seu processo saúde-doença.

A Política Nacional de Humanização-PNH do MS conceitua humanização como valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores, gestores) enfatizando a autonomia e o protagonismo das pessoas, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.²⁸

A proposta de humanização é um projeto de sociedade baseada na equidade, em que o

acesso a serviços de saúde humanizados e de qualidade reflete a garantia da cidadania numa sociedade democrática.¹⁸ Essa proposta aponta para a necessidade de um novo paradigma na atenção à saúde, pautado na humanização, promoção da saúde, autonomia da população e atitude ética nas relações intersubjetivas, que valorize as diferenças e identidades dos sujeitos, reconhecendo-os como cidadãos de direitos, merecedores de acolhimento e compreensão.²⁹

A promoção da saúde da mulher e seu filho implica a humanização de todo o processo de gestar, parir e nascer, de modo que não convém falar em promoção da saúde sem humanização. Uma atenção qualificada e humanizada dá-se por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do acesso a serviços de qualidade e com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido.³⁰

O PHPN contribui com a promoção da saúde mãe e filho, pois traz preconizações para uma atenção de qualidade, buscando garantia do direito a um processo de gestar, parir e nascer saudáveis. A humanização implícita no programa corrobora com a autonomia da gestante no ato de dar a luz, experiência que faz parte da natureza humana e que deve ser vivenciada com liberdade pela mulher e sua família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da saúde que permeia o PHPN contempla a garantia de uma atenção de qualidade à gestante e seu conceito e a humanização que garante à mulher um papel de protagonista em um evento inerente ao seu ciclo vital e no qual deve ter sua autonomia garantida, mediante legislação e política pública implantada pelo MS e implementada pela instância federal, estadual e municipal em todos os níveis de atenção à saúde.

No entanto, apesar da relevância da humanização durante a gestação, parto e nascimento ainda existem práticas desumanizadas que ferem os direitos da mulher e seu conceito, as quais podem estar relacionadas à falta de conhecimento e informação acerca dos direitos conquistados por parte das mulheres no processo de parturição, fazendo com que se submetam aos procedimentos dos profissionais de saúde, sem questionamentos ou escolhas. Para melhoria deste cenário, torna-se necessário o empoderamento dessas mulheres por meio de estratégias de educação em saúde, com o objetivo de garantir a sua livre informação e a sua tomada de decisão. A autonomia na gestação e no parto é fundamental para a

promoção de um cuidado humanizado, o qual é preconizado pelas políticas públicas de saúde, como o PHPN.

Vale ressaltar, que ao refletir sobre a avaliação do PHPN, observa-se a predominância na análise de indicadores quantitativos, ou seja, o número de consultas de pré-natal, a realização da imunização anti-tetânica, dentre outros procedimentos preconizados. Sendo a avaliação da humanização verificada de forma pontual. Torna-se necessária a realização de outros estudos que abordam e investiguem a análise da humanização da assistência a mãe e ao filho.

Logo, o enfermeiro e toda a equipe de saúde que atua no parto e nascimento precisam conhecer o PHPN e refletir sobre o mesmo como política que possibilita a promoção da saúde da mulher e seu filho, contribuindo para uma atenção de qualidade e humanizada como direito de cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Stevens CMT. Maternidade e literatura: desconstruindo mitos. In: Swain TN, Muniz DCG, organizadores. Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas. Florianópolis (SC): Editora Mulheres/Belo Horizonte (MG): PUC-Minas; 2005. p. 35-72.
2. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Cien Saude Colet. 2005 [cited 2012 May 08]; 10(3):627-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300019&lng=en&nrm=is.
3. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 Dec [cited 2011 Apr 18]; 13(6):960-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000600007&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692005000600007
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília (DF): MS; 2007.
6. Ministério da Saúde (BR), Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília (DF): MS; 2009.
7. Lansky S, França E, Perpétuo IH, Ishitane I. A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal em 20 anos do SUS. Brasília (DF): MS; 2009.
8. Ministério da Saúde (BR), Portaria GM/MS n. 568, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2000 Aug 18. p.112.
9. Ministério da Saúde (BR), Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF): MS; 2002.
10. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. Rev bras enferm [Internet]. 2011 Feb [cited 2011 Apr 17]; 64(1):60-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100009&lng=en.
11. Polit DF, Beck, CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
12. Ministério da Saúde (BR)/Febrasgo/Abenfo. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): MS; 2001.
13. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 Aug [cited 2011 May 13]; 24(8):1859-68. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000800014&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008000800014.
14. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [cited 2012 May 08]; 40(2):274. Available from: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/24_9.pdf
15. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Mar [cited 2012 May 08]; 45(1):62-70. Available: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100009&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342011000100009.
16. Barros WLL, Costa E, Boeckmam LMM, Reis PED, Ponce de Leon CGRM. Humanizing delivery: a reality in a birth center? Rev

enferm UFPE on line [Internet]. 2011 Jan/Fev [cited 2012 Mar 4]; 5(1):67-74. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1207>

17. Dias MAB, Deslandes SF. 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 Saude Publica* [Internet]. 2006 Dec [cited 2011 May 30];22(12):2647-55. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001200014&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2006001200014.

18. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface* [Internet]. 2009 [cited 2012 May 08]; 13(supl1):595-602. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=en. doi: 10.1590/S1414-32832009000500011

19. Ministério da Saúde (BR). Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 Apr [cited 2012 May 08]; 42(2):383-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200029&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102008000200029.

20. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 Fev [cited 2012 May 08]; 43(1):98-104. Available: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-89102009000100013.

21. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004 Oct [cited 2012 May 08]; 20(5):1281-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500022.

22. Passos AA, Moura ERF. Process indicators in the program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 Jul [cited 2012 May 08]; 24(7):1572-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700012&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2008000700012

23. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoz-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 Nov [cited

2012 May 08]; 25(11):2507-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100020&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100020.

24. Ministério da saúde (BR), Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

25. Arbo RC, Bianchi D. Programa: Grupo de Gestantes Gravidez Saudável, Parto Humanizado. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Bom Progresso; 2009.

26. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2009 Dec [cited 2012 May 08]; 18(4): 652-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400006&lng=en. doi: 10.1590/S0104-07072009000400006.

27. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2008.

28. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): MS; 2004.

29. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado Humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010 July-Sept; 10(3): 359-67.

30. Ministério da Saúde (BR). Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2006.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/04/03

Last received: 2012/05/05

Accepted: 2012/05/06

Publishing: 2012/07/01

Corresponding Address

Linicarla Fabiole de Souza Gomes
Rua Uirapuru, 957 (casa) – Maraponga
CEP: 60711-790 – Fortaleza (CE), Brazil