

Direito ao pré-natal humanizado sob o olhar da grávida

Right to humanized parental care from the pregnant woman's point of view

Nilza Corbani^I

Silvia Bastos^{II}

Resumo

São apresentados resultados de revisão de literatura realizada com a pergunta norteadora sobre como as grávidas percebem o cuidado recebido no pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para esse fim, apoiou-se na noção de direito da grávida sob a ótica humanística, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS – e da Política de Saúde da Mulher (PAISM). Foram levantados 130 artigos em língua portuguesa, entre os anos de 2003 e 2009. A literatura mostra que a prática pré-natal não é isenta de problemas e as mulheres, concernentemente ao direito, geralmente são tratadas como coadjuvantes em um processo de assistência por vezes marcado pela ausência de vínculo com os profissionais, seja este em forma de relações pouco amigáveis, truncado, ou por comunicação precária, incompleta e, principalmente, impositiva. Desse modo, a usuária tende a ter pouca ou nenhuma oportunidade de ser protagonista e sujeito de seus direitos, havendo, de um lado, a necessidade de vínculos verdadeiros entre o profissional da saúde e a grávida, e, de outro, a qualidade técnica de atendimento como fator indispensável, a fim de garantir a segurança no cuidado da produção de saúde.

Palavras-chave: Pré-natal; direito; humanização

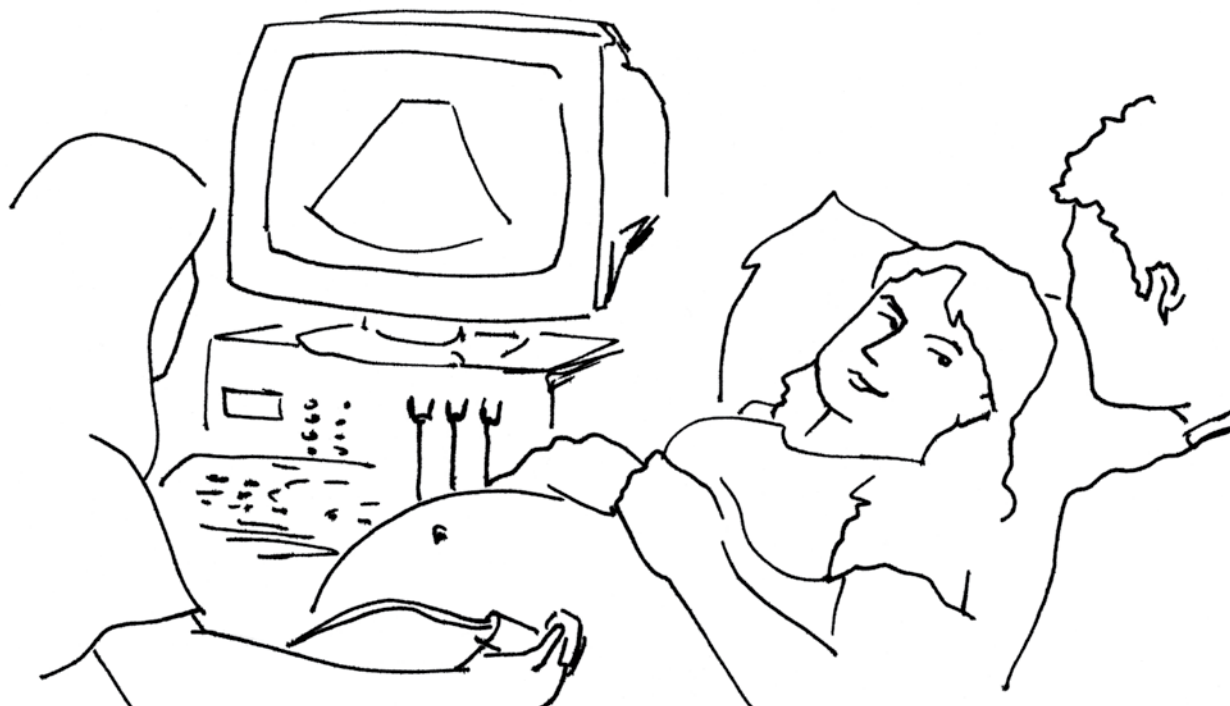
Abstract

The study was conducted with the purpose of identifying how pregnant woman recognizes prenatal and 'humanized care'. This is a literature review method. Five articles were chosen to partake on this study. According to the analysis and understanding of the studies on different methods, it was possible to identify from the patient's perspective, and by it personnel relationship, communication, trust to talk about their own problems. From the pregnant woman's point of view they have little or no opportunity to be the protagonist and subject of their rights, having, on one hand, the need for real links between health professionals and pregnant woman, and on the other, the technical quality of care as an essential factor in order to ensure a health production safe care.

Key words: Prenatal care; health rights; humanization

^INilza Corbani (nilzacorbani@terra.com.br) é enfermeira, mestre em Enfermagem pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

^{II}Silvia Bastos (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira sanitária, doutora em Ciências em Infectologia e Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública e pesquisadora científica III do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

O direito à saúde está associado à preservação da vida e diz respeito à qualidade de vida e à plenitude de condições, em potência, para alcançar sua realização. Ter saúde faz parte do próprio direito de exercício da cidadania e está no âmbito dos direitos básicos e sociais⁴.

O pressuposto para o direito à saúde é o direito humano à vida, pois sem ela nenhum outro direito teria sentido. Para discutir direito e saúde é necessário compreender que Saúde, a um só tempo, do âmbito social, econômico e político e, sobre todas as outras dimensões, é um direito humano de fundamento, e o acesso à saúde é condição para se ter vida digna e com autonomia⁴.

Os direitos do paciente surgiram como direitos individuais vinculados aos direitos sociais em saúde a partir da Constituição de 1988, que estabeleceu que os serviços de saúde, nos setores público e privado, devem preservar a autonomia das pessoas e garantir que tenham acesso à informação sobre sua saúde⁶.

Em 2000, Fortaleza (CE) foi sede da *International Conference on the Humanization of Childbirth*, com a participação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), ocasião em que definiu-se humanização como um princípio, podendo ser aplicado não apenas ao parto, mas a qualquer aspecto do cuidado – como dos doentes em processo de morte – da educação, do meio ambiente,

da economia, da política e da cultura. Seria um meio para encorajar e dar poder aos indivíduos e grupos, devendo ser um conceito chave para o desenvolvimento de uma sociedade sustentável²⁴.

Vaitsman et al.²⁶ afirmam ainda que:

“o conceito de humanização está ligado ao paradigma dos direitos e a cada dia surgem novas reivindicações de direitos, que se remetem às singularidades dos sujeitos, este paradigma vem se tornando complexo e expandindo, alcançando novas esferas sociais e discursivas” (p.610).

Cuidado sob a ótica humanística – visão ontológica

Na ótica ontológica, Abbagnano¹ distingue dois usos básicos do termo “ser”, a saber: o predicativo e o existencial. O primeiro significa pertencer ou inerir. Se eu digo: sou homem, implica dizer que pertenço à essência homem. O segundo é o fato de existir, digo: eu existo. Para Ferreira¹³ e Houaiss¹⁵, ser é constituir-se em ligar o atributo (aquilo que é próprio de um ser) ao sujeito, ter por dono, indicando que, somente pelo fato de existirmos, somos constituídos (donos), seres humanos. Ou seja, a essência humana é ou existe. Vaillott²⁵, a respeito disso, diz: a essência e a existência constituem uma substância, um existente.

E quem é o homem? É um ser com característica humana, que traz no seu bojo a natureza humana, a humanidade. Logo, os termos: “ser”, “humano”, “ser humano”

se “coinerem”, ou seja, eles se pertencem, um habitando o outro, não havendo, pois, como dissociá-los. E a humanidade – virtudes – é a expressão do “ser”¹⁰ (p. 101). Assim, não há sentido em se separar essência e existência e o ser humano tem pleno direito à existência, sendo esse seu primeiro direito. Nessa visão ontológica, de imbricação e coexistência, entra a arte do cuidar.

Para Boff⁵, o cuidado é mais que um ato singular (cura) ou uma virtude (amor, amizade) ao lado de outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Dependendo de como esse cuidado é vivido e aplicado, o ser humano é construído, ganhando sua identidade e autoconsciência nesta passagem de mão única. O cuidado é, pois, um fenômeno da existência, uma vez que acompanha o ser humano na peregrinação pelo tempo⁹.

O trabalho é a aplicação do cuidado e essa composição é a verdadeira prática do humano, trazendo à luz a compreensão genuína do termo humanização. Afinal, como diz Rattner²⁰, “se é óbvio que somos humanos, portanto, o que realizamos é humano... assistência à saúde é uma atividade exercida por seres humanos para seres humanos.” Assim, a humanidade é identificada principalmente pelo cuidado, e humanização é usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro. Daí, não cuidar será ir contra nossa própria natureza, implicando desumanização²⁵.

De quem cuidamos? Quem conhecemos, de fato?⁹ E o conhecer vem pela relação inter-humana, na presença autêntica⁸, num encontro único, atual, em reciprocidade, sendo adequado o uso do termo relação, cujo sentido é o de vincular-se em relação dialógica, e não de relação que traz o sentido de convivência e comunicação²¹. Nem sempre a comunicação quer dizer que houve vínculo. É indispensável que o profissional de saúde saiba cuidar, acolhendo, ouvindo e respondendo, respeitando o outro como um sujeito de direitos, ofertando-lhe um atendimento vinculador e personalizado. Desse modo, ocorrerá o verdadeiro cuidado e o profissional de saúde se constituirá em cuidador de fato, expressando a qualidade do fator humano²⁰.

Em suma, a humanização em saúde é o processo de valorização dos diferentes sujeitos implicados no cuidado, à medida que recupera o respeito à vida sob aspectos sociais, éticos, psíquicos e emocionais, presentes em toda relação humana. É na humanização das ações de saúde que se promove o respeito à autonomia, ao

protagonismo dos sujeitos, à corresponsabilidade entre eles, ao estabelecimento de vínculos solidários, ao respeito aos direitos dos usuários e à participação coletiva no processo de gestão¹⁷.

Um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido a persistência de indicadores inaceitáveis de mortalidade materna, neonatal e infantil, que interferem na qualidade e garantia dos direitos dessa parcela da população. Para buscar superar este problema, vem-se investindo na avaliação de qualidade da Atenção Básica, na humanização do atendimento no pré-natal e no parto humanizado, segundo prioridades estabelecidas nos Pactos de Saúde⁷, que visam garantir o direito da gestante ao acesso a atendimento digno e de qualidade na gravidez /parto e puerpério.

Na linha de cuidado à mulher²², em especial a atenção no ciclo gravídico-puerperal, desde a atenção básica à maternidade, a discussão sobre autonomia e humanização do cuidado, se contrapõem à persistência de práticas do modelo de atenção intervencionista, especialmente relacionado à atenção à gravidez e ao parto. Esse é um movimento de respeito à cidadania de usuárias desses serviços.

Assim, o propósito deste trabalho foi fazer reflexão sobre os direitos humanos na assistência relativa à mulher no ciclo gravídico-puerperal e suas relações sobre como as propostas de humanização são percebidas pelas mulheres que tiveram a vivência de pré-natal no SUS. Este artigo teve origem em estudo mais amplo de revisão integrativa¹⁶ sobre humanização de pré-natal, e o recorte escolhido foi o ‘olhar’ da própria grávida quanto ao pré-natal, um segmento que ainda carece de elaboração de comprovações. A questão norteadora deste estudo foi: qual a percepção da grávida sobre o cuidado recebido no pré-natal?

Reconhecendo a mulher como sujeito de direitos

Embora a emergência dos direitos do homem e do cidadão seja um fenômeno da era moderna, com o advento das revoluções liberais do século XVIII e do Iluminismo influenciadas pelo pensamento de Montesquieu (1689-1755), Voltaire (1694-1778) e Rousseau (1712-1778), entre outros, esta preocupação tem precedentes bem anteriores⁴.

Na Grécia clássica, Aristóteles (384-322 a.C.), e, na Europa, Santo Agostinho (354-430 d.C.) refletiram sobre a distinção entre coisas, animais e seres humanos. O médico e juiz Averróis (Abu al-Walid Ibn Ruchd,

1126-1198), na Idade Média (no século XII na Espanha mulçumana), trata o pensamento de Aristóteles com elementos do pensamento de Avicena (Ali Ibn Sina, 980-1037) sobre essência e existência e elabora seu postulado de que não há sentido em separar essência e existência e que as coisas do mundo sensível, inclusive o homem, têm pleno direito à existência^{2,4}.

Nessa lógica, ao se tratar de direitos humanos, nem sempre se entendeu de maneira plena que a mulher é um sujeito de direitos, e essa incompreensão pode interferir no processo de produção de saúde. Diniz¹¹ comenta:

“a percepção de ser titular de um direito, formal ou não, é um pressuposto para compreender uma situação concreta como injusta, como para compreender uma violação ou uma negação de um direito àqueles que se não se percebem como titulares de um direito, dificilmente podem se sentir merecedores de sua proteção ou promoção ou mesmo achar injusto que esse direito lhe seja negado” (p.173).

Anos de luta de movimentos de mulheres resultaram na criação de estratégias de enfrentamento, em que foram estabelecidas disposições internacionais de proteção a esses direitos da mulher, a saber: Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção pela Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, a Convenção dos Direitos da Criança, Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, a Declaração sobre a Eliminação de todas as Formas de Violência contra a Mulher, a Declaração da Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos de Viena (1993), a Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo (1994) e a Conferência sobre Mulher e Desenvolvimento de Beijing (1995).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988⁶ enuncia que o cidadão brasileiro deve ter garantida sua saúde mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Seguindo a diretriz da Carta Magna, em 1990, pela Lei 8.080, houve a regulação da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – adotando em sua organização os princípios da universalidade, integralidade e equidade – e, desde então, vêm sendo criados programas de atenção integral à saúde do cidadão, segundo os estádios do ciclo vital e, para executar esta

política, se investe na reorganização do sistema de saúde com base nos princípios constitucionais que deram origem à política de humanização das ações de saúde. Entre essas políticas está o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fruto de reivindicações de grupos organizados de mulheres que lutavam pelo reconhecimento do direito da mulher à saúde de modo íntegro¹⁸.

O PAISM tem o intuito de cuidar plenamente da mulher em todas as fases de sua vida, incluindo a fase de reprodução, oferecendo pré-natal, assistência ao parto e puerpério. Para tanto, o cuidado é iniciado ainda na comunidade, garantindo acolhimento de queixas, consultas de rotina, controles contínuos, oferta de medicamentos, apoio de laboratório e de exames especialistas, ações educativas, ambiências e equipamentos adequados ao seu tratamento¹⁸.

Em 2000 surgiu o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento enfatizando os direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção, cujas ações deveriam garantir o direito da grávida ao acesso a atendimento digno e de qualidade na gravidez/parto/puerpério¹⁷.

Resultados

Foram incluídos artigos em português, disponíveis nas bases de dados LILACS e SciELO e editados nos últimos cinco anos (2004-2009). Os descritores utilizados na busca foram: parto humanizado, enfermagem, cuidado no pré-natal, direitos humanos. Os artigos incluídos foram escritos por enfermeiros, médico, psicólogo e por assistente social. A amostra final desta revisão foi constituída por cinco artigos que, no total, pesquisaram pelo menos 310 mulheres, cujos depoimentos foram interpretados por métodos qualitativos, conforme o Quadro 1.

No primeiro artigo¹⁹ encontraram-se os princípios da promoção à saúde – integralidade do cuidado e a prevenção de agravos, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como fundamento de planejamento e avaliação dos serviços – de cuidado de saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. A análise das representações elaboradas pelas puérperas quanto à atenção pré-natal no serviço público de saúde foi apresentada com base em dois temas: relações interpessoais – aspectos frágeis e fortes; e qualidade técnica como fator de humanização.

Quadro 1. Sinopse de artigos selecionados

Origem	Título	Autor	Periódico	Delineamento do estudo
LILACS	1. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos ¹⁹	Parada CGL, Tonete VLP	Interface comun saúde educ 2008 jan/mar; 12(24):35-46.	Discurso do sujeito coletivo (DSC); 34 entrevistas semi-estruturadas com puérperas sobre o cuidado obtido nos serviços.
SciELO	2. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem ²³	Shimizu HE, Lima MG	Rev Bras Enferm 2009 maio-jun; 62(3): 387-92	Representações sociais das grávidas quanto aos cuidados recebidos na consulta de enfermagem de pré-natal; 15 entrevistas. Utilizou-se ALCEST para sistematizar os dados.
SciELO	3. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento ³	Almeida CAL, Tanaka OY	Rev Saúde Pública 2009; 43(1):98-104	Estudo avaliativo multicêntrico, método quanti-qualitativo. Estudo de Caso em 18 unidades de saúde com 16 grupos focais, com 6-11 usuárias que utilizaram os serviços de saúde nos últimos 12 meses. Análise feita pelo DSC.
LILACS	4. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das grávidas ¹⁴	Figueiredo PP, Rossoni E	Rev gaúch. Enferm 2008 jun; 29 (2):238-245.	Estudo qualitativo e caráter transversal, com a participação de 14 mulheres atendidas em zona leste de Porto Alegre. Inclusão: idade da gravidez entre 24 e 40 semanas - entrevistas semi-estruturadas.
SciELO	5. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo ¹²	Duraes-Pereira MBBB, Novo NF, Aramond JE	Ciênc. saúde coletiva 2007 mar/apr; 2(12).	Estudo transversal descritivo e analítico sobre as percepções de 152 grávidas quanto à escuta e diálogo com a equipe pré-natal em UBS do modelo tradicional e PSF. Análise pelo Excel 2000 - Quiquadrado.

Houve preocupação com a humanização do cuidado, uma vez que refere a participação e contribuição da família na primeira entrevista como prática humanizante. Revelou-se também com o “processo assistencial por vezes marcado pela ausência de vínculo com os profissionais que, no cuidado em pré-natal, especialmente, os profissionais da saúde devem dar atenção à grávida, escutando-a e dialogando cordialmente, anulando, assim, a distância que impede a interação efetiva e humana, trazendo a grávida à condição original de sujeito da atenção e, como tal, participante ativa do processo, indispensável na relação interpessoal^{3, 14, 12, 18, 19, 23}.

O segundo artigo²³ trouxe representação social positiva sobre as dimensões do cuidado pré-natal na Consulta de Enfermagem (CE), quanto à relação entre enfermeira e grávida quanto ao acolhimento e à escuta. A consulta foi referida como oportunidade para obter informações quanto à gravidez e ao espaço de acolhimento, permitindo o diálogo e a livre expressão de dúvidas e de sentimentos, estabelecendo vínculo e resultando no aumento da capacidade de decisão da grávida, atingindo, assim, um dos princípios do SUS na Atenção Básica.

A CE na Atenção Básica dá prioridade à garantia de extensão da cobertura e melhoria da qualidade de pré-

natal, principalmente por ações de promoção e prevenção de intercorrências na gravidez. Para isso, requer-se do profissional, além de competência técnica, senso para os problemas do outro e seu modo de vida, por meio de habilidade de escuta, de comunicação numa ação dialógica. Garante-se, desse modo, as consultas e outros direitos da grávida no pré-natal recomendados pelo PAISM: captar a grávida na comunidade o mais precocemente, fazer os controles periódicos, contínuos; reuniões educativas, prover área física adequada, equipamento mínimo; medicamentos básicos; e apoio de laboratório, contribuindo para redução da mortalidade materna e do baixo peso ao nascer.

Como representação social negativa da consulta, observou-se que as ações educativas, entendidas como atividades contíguas à CE, são feitas de forma normativa e controladora e não à luz de um projeto de vida. Informações transmitidas de forma tradicional, em que a mulher é considerada agente passivo, podem impedir a expressão de seus sentimentos, de conhecimentos prévios, de aspectos da sua cultura, o que leva a transtornos quanto aos cuidados esperados.

O terceiro artigo é um estudo de avaliação³ que mostrou, por meio do discurso das mulheres, divergên-

cias entre recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e as necessidades das mulheres.

Na visão das usuárias, houve alguns pontos negativos: buscaram o serviço público, mas suas expectativas não foram atendidas; utilizaram um serviço particular para o exame de confirmação da gravidez, supondo que o serviço público não as atenderia com prontidão; tinham certeza da gravidez e não sentiam urgência em confirmá-la por exame ou iniciar o acompanhamento pré-natal; não sentiam urgência pela confirmação por não quererem admitir a possibilidade de gravidez – adolescentes ou mulheres que julgavam não ter mais possibilidade de engravidar e que, com grande esforço, conseguiram realizar todos os exames solicitados; não conseguiram fazer exames, em geral, porque não eram oferecidos pelos serviços de saúde; não conseguiram ultrassonografia porque não lhe foram oferecidas; só conseguiram ultrassom porque possuíam recursos financeiros e pagaram pelo exame em serviços privados.

Fatores psicológicos interferem na demora da usuária ir à procura do serviço de saúde para o início do pré-natal, e esta situação denota influência de questões de gênero para o acesso ao serviço.

O quarto trabalho¹⁴ trata do acesso ao pré-natal na atenção básica, sob a ótica das grávidas, e também revelou problemas de acesso que podem comprometer o início oportuno do acompanhamento mãe-filho, fazendo-se necessário agendar o quanto antes a primeira consulta e estabelecer a frequência nas demais. De outro ângulo, a inclusão de enfermeiros, dentistas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais qualifica a assistência, pondo em prática aspectos da integralidade da atenção – o que é condizente aos demais estudos incluídos nesta pesquisa.

O quinto artigo¹² identificou as percepções das grávidas quanto à escuta e ao diálogo oferecidos pela equipe pré-natal. Para isso, ouviu grávidas que estivessem no terceiro atendimento de pré-natal, tendo em vista que é somente neste momento que a usuária tem contato com o médico; incluiu por sorteio 50% das grávidas matriculadas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas. Os resultados mostraram a existência de sentimento de vergonha e desconforto em falar de problemas íntimos nas consultas no serviço de saúde, referido de maneira significativa, e denota que nem sempre a comunicação implica vínculo, uma vez que vincular é

ligar duas ou mais pessoas, ao se estabelecer uma relação lógica ou de dependência.

Para haver vínculo, é necessário haver relação inter-humana, sendo indispensável ao profissional de saúde saber cuidar e acolher, ouvindo-escutando, em relação dialógica, respeitando o outro como um sujeito de direitos e não como um fim em si mesmo. Escutar expressa a ideia de estar apercebido, mergulhado no pensamento do outro, incluindo o que está oculto às intenções do interlocutor. Durães-Pereira¹² afirma ainda que os serviços públicos têm aplicado o ouvir achando que é escuta, comprometendo, então, o diálogo e, por conseguinte, a qualidade dos serviços.

O Quadro 2 apresenta síntese da análise realizada.

Quadro 2. Síntese de temas avaliados sob a ótica das usuárias do pré-natal

Artigos	Temas
1. Parada CGL, Tonete VLP ¹⁹	Relações interpessoais; Qualidade técnica como fator de humanização.
2. Shimizu HE, Lima M G ²³	Orientações de enfermagem; Acolhimento.
3. Almeida CAL, Tanaka OY ³	Captação pelo serviço; Realização de exames; Vínculo e escolha do serviço; Consulta de puerpério.
4. Figueiredo PP, Rossoni E ¹⁴	Formas de acesso ao pré-natal; Obstáculos para início e/ou continuidade da assistência; Acesso à assistência multiprofissional; Acesso a serviços de referência; Acesso a atividades de educação em saúde.
5. Durães-Pereira MBBB; Novo NF, Aramond JE ¹²	Conhecimento sobre o serviço; Informações recebidas na atenção pré-natal; Diálogo com profissionais no pré-natal; Motivos para falar ou não dos seus problemas; Sentimentos vivenciados na Unidade de Saúde.

Considerações Finais

A literatura mostra que as usuárias percebem que a prática do pré-natal não é isenta de problemas. Faltam ações de promoção de protagonismo da grávida com relação a profissionais que as tratam como coadjuvantes no processo de produção de saúde-cuidado, pois elas

têm pouca ou nenhuma oportunidade de se sentirem sujeito de direitos. Ficou claro que isso se dá pela ausência de vínculo profissional-usuária, cuja relação e comunicação ocorrem de modo precário, incompleto e, principalmente, impositivo. Entretanto, atitudes como essas não caracterizam a base da relação entre seres humanos, mas sim um processo de desumanidade. Em mão oposta, o que se deseja é que prevaleça o trabalho como a aplicação ou expressão do cuidado, pois, dependendo de como esse cuidado é vivido e aplicado, o ser humano é construído, ganhando identidade e autoconsciência.

O método qualitativo deu voz à expressão subjetiva das entrevistadas, mostrando aspectos da relação interpessoal no cuidar em saúde com base técnica e científica, bem como a representação positiva da consulta de enfermagem, como recurso importante para a melhoria da qualidade do pré-natal, principalmente por ações de promoção e prevenção no acompanhamento da gravidez. Isso requer dos profissionais que, além da competência técnica, tenham capacidade para compreender, escutar e se comunicar com o sujeito, seu modo de vida e cultura, numa ação dialógica.

Humanização em saúde é processo de valorização dos diferentes sujeitos implicados no cuidado, ao passo que recupera o respeito à vida nos aspectos sociais, éticos, psíquicos, emocionais, presentes em toda a relação humana, promove o respeito à autonomia e iniciativa dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, o respeito aos direitos dos usuários e a participação coletiva no processo do cuidado em saúde. Nas dimensões e categorias investigadas na literatura, percebe-se que a aplicação dos processos de humanização em saúde ainda carece de pleno reconhecimento e adoção desses processos como direito à saúde em ter acesso a pré-natal que respeite a dignidade da grávida e favoreça de fato a maternidade segura.

Referências

1. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. 2 ed. São Paulo: Mestre Jou; 2003.
2. Abrão BS, organizador. História da Filosofia. São Paulo: Nova Cultural; 1999 (Coleção Os Pensadores).
3. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento. Rev Saúde Pública 2009; 43(1): 98-104. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>

4. Bastos SH, Silva AL, Beraldi R. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: Keinert TMM, Bastos de Paula SH, Bonfim JRAB, organizadores. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p.109-118 (Série Temas em Saúde Coletiva 10) Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/acoesjudiciais.pdf>
5. Boff L. Saber e cuidar – ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf
8. Buber M. Eu e Tu. 9 ed. São Paulo: Centauro; 2004.
9. Corbani NMS. O dilema conceitual ético do enfermeiro: como cuidar de quem não conhecemos? Acta Paul Enf 2004; 17 (4): 445-9. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_4/pdf/art12.pdf.
10. Corbani NMS. Humanização do cuidado de enfermagem: Que é isso? [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2006. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp021528.pdf>
11. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos; possibilidades e limites da humanização de assistência ao parto [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2001. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/parto/tela_cheia/Doutorado%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf
12. Durães-Pereira MBBB, Novo NF, Aramond JE. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. Ciênc saúde coletiva 2007; 2(12):465-476. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a23v12n2.pdf>
13. Ferreira ABH. Novo dicionário de língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
14. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. Rev Gaúcha Enferm 2008; 29(2): 238-45. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5587/3197>
15. Houaiss A. Dicionário eletrônico da língua portuguesa. Datação: 938 cf.JM³
16. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm 2008;17(4): 758-764. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
17. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf
18. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Princípios e diretrizes. Brasília; 2009. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
19. Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. Interface 2008; 12(24): 35-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/03.pdf>
20. Rattner D. Por que humanização? Boletim do Instituto de Saúde (BIS) 2003 ago; (30): 4-5. Disponível em: http://www.isaude.sp.gov.br/index.php?cid=1275&revista_id=12
21. Rios I C. Humanização na área da saúde. BIS - Boletim do Instituto de Saúde 2003 ago; (30): 6-7. Disponível em: http://www.isaude.sp.gov.br/index.php?cid=1275&revista_id=12
22. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. Calife K, Lago T, Lavras C, organizadores. São Paulo: SES/SP; 2010. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/ acesso_rapido/gtae/saude_da_mulher/atencao_a_gestante_e_a_puerpera_no_sus/manual_tecnicoii.pdf
23. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm 2009; 62(3): 387-392 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>
24. Umenai T, Wagner M, Page LA, Faundes A, Rattner D, Dias MA, Tyrrell MA, Hotimsky S, Haneda K, Onuki D, Mori T, Sadamori T, Fujiwara M, Kikuchi S. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. Int J Gynaecol Obstet 2001 nov; 75 (Suppl 1): S3-S4.
25. Vaillott SMC. Existencialismo – uma filosofia de compromisso. Rev enferm nov dimens 1975 nov-dez; (5):294-301.
26. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc saúde coletiva 2005; 3(10): 599-613. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>