

A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo

Luciele de Lima Wrobel* e Sueli Terezinha Martins Ribeiro

Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Rua Simão Varela de Sá, s/n, 85040-080, Guarapuava, Paraná, Brasil. *Autor para correspondência. e-mail: luciele.wrobel@gmail.com.br

RESUMO. O presente estudo descritivo foi realizado em maternidades que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas cidades de Guarapuava e Londrina, Estado do Paraná. Dentro do programa de Humanização implantado na Maternidade de Londrina pretendeu-se analisar o atendimento a parturiente quanto à humanização ao parto comparando com a realidade de dois hospitais de Guarapuava onde não existe o programa implantado e assim verificar se os direitos destas parturientes quanto à humanização estão sendo respeitados. Foi aplicado um questionário a 40 primíparas no puerpério imediato com perguntas semi-estruturadas. Ao comparar duas realidades diferentes, concluiu-se que alguns dos direitos das parturientes preconizados pela OMS não estavam sendo respeitados, especialmente onde não havia a implantação do parto humanizado, pois não era permitida a entrada de acompanhante e nem utilizadas técnicas de relaxamento para a parturiente, evidenciando assim que algumas instituições necessitam intensificar esses cuidados para melhorar a qualidade do atendimento prestado.

Palavras-chave: parto, assistência, humanização.

ABSTRACT. The practice of humanized delivery in the Brazilian Health System (SUS): a comparative study. This descriptive study was conducted in maternities assisted by the Brazilian Health System (SUS), in the cities of Guarapuava and Londrina, State of Paraná. In the program implanted in Londrina, the aim was to analyze the assistance to the parturient regarding humanization to the child delivery. This context was then compared with the reality in the maternities of two hospitals in Guarapuava, where these practices are not applied. The comparison intended to verify if the rights of these women to humanized delivery are being respected. A half-structured questionnaire was applied to forty women in labor. While comparing these two different realities, it was observed that a few of these rights, advocated by the OMS, were not being respected, especially where the humanization delivery was not a practice. Data revealed that the partner's entrance was not allowed, neither were put into practice the parturient relaxation techniques, which evidenced that some institutions need to intensify these kinds of care in order to improve the quality of the assistance provided.

Key words: child delivery, assistance, humanization.

Excluído: a

Introdução

A gravidez é um processo fisiológico que representa a capacidade reprodutiva inerente à mulher e traz ao organismo feminino uma série de mudanças físicas e emocionais. Essas transformações podem gerar medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, curiosidade em saber o que acontece com o próprio corpo (Brasil, 2000).

Para Zagonel (1997), a gestação como transição desenvolvimental exige da mulher o enfrentamento, o domínio e a adaptação diante das inúmeras modificações vivenciadas. O grau de aceitação da gravidez reflete-se em suas respostas emocionais.

Desse modo, o parto é a separação de dois seres que até então viviam juntos, um dentro do outro, em uma relação total de dependência e de contato

íntimo permanente. A mulher, durante a gestão tem de passar por muita ansiedade até conseguir adaptar-se ao estado de gravidez, incorporando o bebê como parte do seu corpo (Wall e Carraro, 1999).

Por isso, a equipe de saúde deve proporcionar-lhe um ambiente de carinho e de atenção, recebendo apoio e tendo suas dúvidas e anseios respondidos de forma clara e acessível. As salas de pré-parto e parto não podem ser um ambiente hostil, com rotinas e normas rígidas centradas somente nos interesses do serviço e da equipe de saúde; ela deve ser um local onde a mulher pode manifestar seus sentimentos, angústias e medos; ela deve se sentir segura, amparada (Gaíva, 2002).

Diante dessas afirmações, nota-se que é

Formatado: Espaçamento entre linhas: Pelo menos 12,5 pt

necessária uma atenção especial no parto, pois nosso modelo assistencial de saúde tem negligenciado os benefícios de resguardar o processo de nascimento normal, haja vista as condições trágicas em que se realizam esses nascimentos e partos, hoje no Brasil. Tudo isso é evidenciado, não apenas pela qualidade técnica dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério, porém, por altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, como também pela indiscriminada transformação do nascimento e parto em fenômeno patológico, totalmente medicalizado, não deixando brechas para a realização social da família e da sociedade, enquanto evento existencial e psicológico para o binômio mãe-filho (Davim, 2001).

Segundo Silva (1997), essa prática assistencial tem provocado crescente angústia nas mulheres, para quem o parto é simbolizado como um evento de riscos e de dor física. Atualmente, além do temor inerente ao parto, a mulher sente medo de quem a atenderá, uma vez que suas experiências próprias ou de outras mulheres de seu convívio estão repletas de atendimento impessoal e distante por parte dos profissionais.

Buscando alterar esse panorama, a Organização Mundial de Saúde publicou em 1996 um documento intitulado “Humanização do Parto Normal”, no qual ressalta a importância de os profissionais que atuam no processo do parto transmitirem apoio, orientação e confiança para que a mulher se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. Outro aspecto fundamental apontado pela Organização Mundial de Saúde é evitar as práticas intervencionistas desnecessárias, as quais, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, acarretando, inclusive, maiores riscos para ambos.

Dessa forma, deve-se buscar medidas e procedimentos que sejam benéficos para o acompanhamento do trabalho de parto e do nascimento. Dentre essas medidas, estão:

- 1) permitir e respeitar o desejo da mulher de ter um acompanhante da família ou amigo durante o trabalho de parto e o parto, dando-lhe segurança e apoio;
- 2) monitorar o bem-estar físico emocional da mulher durante o trabalho de parto até a conclusão do processo obstétrico;
- 3) oferecer à mulher o máximo de informações e de explicações segundo a sua demanda;
- 4) respeitar o direito da mulher à privacidade no local de nascimento;
- 5) permitir à mulher a liberdade de caminhar, de

mover-se e de adotar as posições que desejar durante o período de dilatação e de expulsão. Encorajar as posturas verticais de parto e evitar a posição de litotomia (supino com as pernas levantadas);

6) orientar e oferecer métodos não-farmacológicos e não-invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto, tais como: massagem, banho morno e técnica de relaxamento;

7) ofertar líquidos orais durante o trabalho de parto e o parto;

8) permitir o contato precoce pele à pele entre a mãe e o bebê e o início precoce do aleitamento materno;

9) possuir normas e procedimentos claramente definidos e realizar monitoramento cuidadoso da evolução do parto através do partograma;

10) oferecer alojamento conjunto e incentivar o aleitamento materno.

O conjunto dessas medidas tornar-se-á efetivo, quando, somados a ele, os profissionais de saúde transformarem sua prática na direção de uma relação mais humanizada e segura. O parto precisa ser resgatado como o momento do nascimento, respeitando todos os seus significados e devolvendo à mulher o seu direito de ser mãe com humanidade e segurança (Brasil, 2000).

Segundo Teixeira (2003), a humanização no atual momento de transformação do sistema de saúde brasileiro significa a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários dos hospitais ou simplesmente tratar o semelhante de maneira humana, permitindo relatar a experiência da hospitalização ao ciclo da vida e transformá-la em uma oportunidade de desenvolvimento humano.

Se essa atenção acontecer em ambiente mais caloroso, sem tantas imposições de rotinas, de ações mecânicas e repetitivas, que fazem que percamos a noção da importância do que estamos executando, e no qual a essência do atendimento seja a mulher e não a instituição, acreditamos que o parto possa voltar a ser um processo fisiológico normal (Caparroz, 2003).

Com isso, esse estudo tem o objetivo de analisar o atendimento à parturiente quanto à humanização ao parto, estabelecendo uma comparação entre uma maternidade onde esse programa está implantado e dois hospitais onde não existe o programa implantado e, dessa forma, verificar se os direitos dessas parturientes quanto à humanização estão sendo respeitados.

Material e métodos

Este estudo é descritivo e foi realizado em duas maternidades de pequeno porte da cidade de

Guarapuava, das quais uma é filantrópica e a outra, particular conveniada ao SUS, não estando a proposta de humanização no parto implantada no período do estudo. A outra maternidade é municipal e está situada na cidade de Londrina. Nela, o processo de humanização no parto foi implantado em 2002, por isso a pesquisa tem como foco duas cidades diferentes.

A população deste estudo foi composta por 40 parturientes usuárias do SUS (Sistema Único de Saúde), com idade entre 16 e 32 anos, de escolaridade entre o ensino fundamental e terceiro grau, sendo 10 parturientes em cada estabelecimento hospitalar da cidade de Guarapuava e 20 parturientes da cidade de Londrina, totalizando 40 parturientes entrevistadas e escolhidas aleatoriamente. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de abril a julho de 2004, pela pesquisadora, por meio de um formulário com questões semi-estruturadas, após teste piloto aplicado a cinco puérperas nas maternidades analisadas.

Os critérios para a inclusão na amostra foram:

- ser primípara (primeiro parto),
- ser usuária do SUS (Sistema Único de Saúde),
- estar internada nas maternidades pesquisadas, em qualquer dia no pós-parto.

Os dados foram apresentados em forma de tabelas e em números absolutos, comparando o perfil das gestantes da maternidade em que há o parto humanizado implantado (Londrina) e nas maternidades em que esse sistema não foi implantado (Guarapuava), analisando as seguintes variáveis:

- presença de acompanhante (mãe, esposo, namorado, irmã, tia);
- explicação dos procedimentos realizados (sinais vitais da gestante, toque, batimentos cardíaco-fetais);
- práticas propostas para promover o relaxamento da gestante (bola, banho morno, massagem, respiração);
- caracterização do tipo de parto realizado (normal, cesárea, fórceps);
- existência de procedimentos para o incentivo ao aleitamento materno.

Aspectos éticos: as puérperas foram entrevistadas individualmente, respondendo as perguntas de forma voluntária, após terem lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Para uma melhor visualização, os resultados obtidos com os formulários foram analisados e agrupados em tabelas.

Conforme dados da Tabela 1, na maternidade em que há o parto humanizado, houve presença de 100% dos acompanhantes com as gestantes pesquisadas e, nas maternidades sem o parto humanizado, apenas 10% das gestantes tiveram a presença de acompanhante.

Tabela 1. Presença de acompanhante na sala de pré-parto e parto.

Acompanhante	Parto humanizado implantado (Londrina)	Parto humanizado não implantado (Guarapuava)
Sim	20	2
Não	-	18

Embora o parto seja um processo natural, é comum que as parturientes, principalmente as primigestas ou aquelas que já passaram por experiências desagradáveis, passem por preocupações desnecessárias, sintam-se inseguras por terem ouvido falar de perigos, de traumas e de dores intoleráveis (Matei *et al.*, 2003).

Uma forma de favorecer um ambiente mais tranqüilo à parturiente é a diminuição do número de pessoas estranhas no pré-parto, colocando ao seu lado uma pessoa conhecida, que seja do desejo dela, com quem ela se sinta segura (Oliveira e Madeira, 2002).

A OMS, no documento “Assistência ao parto normal: um guia prático” (1996), recomenda que haja o respeito à escolha da mulher por um acompanhante de sua preferência durante o trabalho de parto e o parto.

Desse modo, é importante possibilitar à mulher um maior controle sobre o próprio parto, com direito à opção fundamentada na “escolha informada”. Isso deve incluir o direito ao suporte emocional, tendo um acompanhante de sua escolha no parto, com quem queira compartilhar essa experiência (Oliveira *et al.*, 2002).

A Tabela 2 indica igualdade entre as maternidades quanto à explicação dos procedimentos a serem realizados, dado considerado positivo, pois evidencia que há uma preocupação por parte dos profissionais quanto ao bem-estar das gestantes.

Tabela 2. Explicação dos procedimentos a serem realizados.

Explicação de procedimentos	Parto humanizado implantado (Londrina)	Parto humanizado não implantado (Guarapuava)
Sim	18	18
Não	2	2

Pela comunicação, podemos compreender a visão de mundo do paciente, identificar o que ele

sente, com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem. A comunicação, assim estabelecida, gera auto-estima, apoio, conforto, confiança, resultando em segurança e satisfação, facilitando o alcance da excelência do cuidado, do bem-estar do paciente, fazendo que ele se sinta respeitado como pessoa nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual (Caron e Silva, 2002).

Davim *et al.* (2001) observaram que há medo, desconhecimento e preocupação quanto à hora do nascimento por parte das gestantes, refletido pela insuficiência ou mesmo pela falta de informação relacionada ao trabalho de parto durante as consultas no pré-natal.

Para Oliveira *et al.* (2002), a expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas e acessíveis. A orientação no pré-natal deve fazer parte da assistência, sendo um instrumento educativo de alto potencial.

Carvalho (2004) constatou que muitas mulheres chegam ao final da gravidez sem terem recebido, por parte dos profissionais de saúde, um preparo adequado para vivenciar o parto como uma experiência gratificante, portanto não conhecem sua função definitiva e ativa na hora de dar à luz. Afirma ainda que a falta de informações e de preparação adequada pode resultar em medo do parto.

Para Matei *et al.* (2003), quando o profissional oferece informação clara e objetiva, cria um vínculo de confiança com a paciente. Para a autora, deve-se respeitar o direito de as pessoas hospitalizadas terem acesso à informação, sobretudo que lhes digam respeito e com uma linguagem que lhes seja compreensiva.

A Tabela 3 evidencia que, além da explicação dos procedimentos, na maternidade onde há humanização do parto foi observado que são adotadas medidas simples de conforto para diminuir a dor, como caminhar, banho morno, massagem nas costas, aumentando assim a qualidade do atendimento prestado nessa instituição.

Tabela 3. Práticas propostas para promover o relaxamento da gestante.

Práticas de relaxamento da gestante	Parto humanizado implantado (Londrina)	Parto humanizado não implantado (Guarapuava)
Sim	14	2
Não	6	18

Podemos perceber ainda que, na maternidade onde existe o programa de humanização do parto, 70% das parturientes praticaram técnicas de

relaxamento, dado considerado satisfatório, porém, quanto às outras 30%, não se sabe se o internamento ocorreu em tempo hábil para promover as técnicas de relaxamento ou se faltou iniciativa da equipe responsável.

A dor vivenciada pela mulher nos períodos clínicos do parto, como a dilatação e o expulsivo, poderia e seria desejável que fosse considerada também como um fenômeno natural ao processo de parir e passível de ser experienciada sem grandes traumas, angústias e/ou fantasias (Saito e Gualda, 2003).

Falhamos ao utilizar na abordagem da dor de parto um modelo tecnocrático, em que o papel da própria mulher que vivencia esta sensação dolorosa não é valorizado, colocando limites e ditando normas de comportamento (Saito e Gualda, 2003).

Dessa forma, as propostas de humanização do parto recuperam uma parte do repertório de técnicas de alívio da dor, sobretudo aquelas consideradas mais naturais e menos invasivas (Tornquist, 2003).

Tabela 4. Caracterização do tipo de parto realizado.

Tipos de parto	Parto humanizado implantado (Londrina)	Parto humanizado não implantado (Guarapuava)
Normal	13	10
Cesárea	6	10
Fórceps	1	-

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza medidas que a mulher, em trabalho de parto, deverá ter suporte emocional e atenção à saúde com o mínimo de internações necessárias. Essas medidas têm por finalidade o impacto significativo na dor do parto, ressaltando a diminuição do uso da medicação e da analgesia, um trabalho de parto mais curto e baixos índices de cesáreas.

Para Teixeira (2003), os hospitais públicos do Brasil têm buscado oferecer uma assistência humanizada ao parto e muitos têm conseguido. Isso prova que é possível reduzir as taxas de cesárea, a utilização de mecanismos de indução e o aceleração do parto, mesmo que o contrário seja demonstrado nos hospitais privados.

Segundo Davim (2001), é imprescindível que os profissionais reflitam sobre as vantagens e as desvantagens de cada tipo de parto, sobre as condições mais humanas e seguras para o nascimento de uma criança, analisando a forma de atendimento que é oferecida à mulher nos serviços de saúde.

De acordo com a Tabela 5, é possível avaliar a diferença na realidade das maternidades, porém

observa-se que a falta de incentivo ao aleitamento materno, em ambas as maternidades, ainda é um fato e que as entidades e os profissionais da saúde têm de trabalhar mais esse tema, por meio do treinamento contínuo das equipes.

Contrariando a recomendação do Ministério da Saúde, segundo o qual deve haver contato do bebê com a mãe logo que ele nasce bem como estimulação ao aleitamento materno, nas maternidades analisadas em que não há o parto humanizado implantado muitas puérperas relataram que não viram seu bebê após o nascimento e outras disseram que os viram apenas após cinco horas de seu parto, comprovando que não se pratica o incentivo ao aleitamento materno.

Tabela 5. Existência de procedimentos para o incentivo ao aleitamento materno.

Incentivo ao aleitamento materno	Parto humanizado implantado (Londrina)	Parto humanizado não implantado (Guarapuava)
Sim	11	5
Não	9	15

O Ministério da Saúde do Brasil normatiza que todo recém-nascido deve ser colocado junto à mãe para sugar durante a primeira meia hora de vida, sempre que ambos estiverem em boas condições, propiciando o contato olho a olho e pele à pele entre mãe e recém-nascido (Brasil, 1993).

Toda a equipe de saúde que presta cuidados às mães e aos bebês deve ser capacitada para o adequado acolhimento da gestante em trabalho de parto e para as práticas que promovam, protejam e apoiem a amamentação. Devem ajudar e apoiar as mães a iniciarem a amamentação na primeira hora após o parto e garantir o alojamento conjunto por 24 horas. Devem estimular a amamentação sob livre demanda, ensinar como amamentar e como manter a amamentação caso necessitem ser separadas de seus filhos (Brasil, 2005).

Conclusão

O estudo permitiu identificar que ainda falta muito para que a humanização do parto ocorra conforme preconizado pela OMS. Embora as maternidades pesquisadas apresentem realidades opostas, uma vez que na maternidade de Londrina há a implantação do programa de humanização do parto e nas maternidades de Guarapuava isso não ocorra, a diferença apresentada em algumas variáveis foi pequena ou inexistente, como é o caso da explicação dos procedimentos a serem realizados e do incentivo ao aleitamento materno.

Outro dado que também chama a atenção é o

grande número de partos cesáreos realizados. A variável presença de acompanhante na sala de pré-parto e parto mostra que na maternidade de Londrina, 100% das entrevistadas tiveram a presença de acompanhante, enquanto em Guarapuava essa porcentagem cai para apenas 10%, seja por falta de preparo da equipe, seja por infra-estrutura inadequada.

Humanizar é mais do que uma série de procedimentos e técnicas. Humanizar o parto é reconhecer sua importância para os pais e o filho, respeitando a liberdade da mulher, permitindo-lhe controlar o seu próprio processo de parto, cabendo-lhe escolher onde, como e com quem parir. Isso certamente implica algumas mudanças de atitudes dos profissionais de saúde (Matei *et al.*, 2003).

No hospital, a enfermagem executa os cuidados visando ao bem-estar materno fetal, estando alerta aos cuidados específicos a cada patologia e aos riscos existentes. Nesse sentido, cada gestante, de acordo com o problema apresentado, será atendida de forma diversa, específica e personalizada (Zampieri, 2002).

A implantação da proposta de humanização ao parto, a qual desenvolvesse atividades com a gestante e incluísse também seu acompanhante, respeitando seu valor cultural, diminuiria o estresse pela hospitalização a que a gestante é submetida, tornando a experiência do parto mais agradável.

O atendimento humanizado durante o parto continua sendo de grande importância no contexto atual e, possivelmente, constituir-se-á em objeto de vários estudos futuros, tendo em vista os seus múltiplos determinantes e a situação sociopolítica atual.

Há de ser ressaltado o fato de que os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência e, apesar das limitações e do despreparo, eles desempenham papel importante no atendimento prestado, colocando seus conhecimentos a serviço do bem-estar do binômio mãe-filho, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos, podendo minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade, não deixando a rotina e o stress do dia-a-dia influenciarem nesse cuidado.

O nosso papel como profissionais de saúde e como centro de referência é construir um novo caminho. O fazer diferenciado, individualizado e refletido é que caracteriza o cuidado humanizado.

Seria possível? Não é nenhuma novidade, nenhuma técnica extraordinária ou mistério: é uma

volta a hábitos que, no passado, permearam nossas relações profissionais. Um resgate de nossa capacidade de ouvir o ser humano e de escutar o que seu silêncio comunica, de olhar em seus olhos e de enxergar sua essência. Privilégios que foram delegados a aparelhos e a medicações para garantir a eficácia de um tratamento. Tecnologia e desenvolvimento sempre foram importantes, mas não a ponto de prescindir da sensibilidade e da intuição.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher. *Assistência Pré-natal: Manual Técnico*. 3. ed. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. *Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno: Passo 1*. Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil: Manual Técnico*. 1. ed. Brasília, 2005.
- CAPARROZ, S.C. *O resgate do parto normal*. Joinville: Univille, 2003.
- CARON, O.I.A.; SILVA, I.A. Parturiente e a equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev. Latino Am. de Enfermagem*. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 485-492, 2002.
- CARVALHO, I.L.P. Conhecimentos e expectativas de gestantes nulíparas sobre sinais e sintomas de trabalho de parto e parto. *Rev. Nursing*, São Paulo, v. 69, n. 7, p. 34-41, 2004.
- DAVIM, R.M.B. Assistência no parto normal no domicílio. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 62-68, 2001.
- DAVIM, R.M.B. et al. Orientações no pré-natal quanto ao trabalho de parto: benefícios às parturientes. *Rev. Nursing*, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 18-23, 2001.
- GAÍVA, M.A.M. O ambiente e a organização do trabalho como geradores de violência. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 136-137, 2002.
- MATEI, E.M. et al. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. *CADERNOS - Centro Universitário São Camilo*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, 2003.
- OLIVEIRA, Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M.F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Rev. Esc. Enf.*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 133-140, 2002.
- OLIVEIRA, S.M.J.V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev. Lat. Am. Enf.*, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002.
- OMS-Organização Mundial da Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996.
- SAITO, E.; GUALDA, D.M.R. O profissional de saúde frente à vivência da dor de parto pela mulher. *Recenf.*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 31-36, 2003.
- SILVA, I.A. *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios?* São Paulo: Robe Editorial, 1997.
- TEIXEIRA, G.G. As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do prêmio Galba de Araújo: ações de mérito, ações premiadas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 270-273, 2003.
- TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 2, p. 419-427, 2003.
- WALL, M.L.; CARRARO, T.L. Reflexões sobre o programa mãe Curitibana, a cliente mulher-mãe e a metodologia da assistência. *Cogitare Enf.*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 79-85, 1999.
- ZAGONEL, I.P.S. Contribuição do cuidado da Enfermagem a humanização na parturição. *Cogitare Enf.*, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 34-38, 1997.
- ZAMPIERI, M.F.M. Manejos na assistência à gestação de alto risco. *Nursing*, São Paulo, ano 5, p. 18-22, 2002.

Received on November 26, 2004.

Accepted on June 05, 2006.

Excluído: ,