

Análise da implantação do Programa de Humanização da Assistência Obstétrica em dois hospitais mineiros

Analysis of the Implantation of the Humanization Program of the Obstetric Assistance in Two hospitals of Minas Gerais

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

Fisioterapeuta, Mestre em Promoção da Saúde UNIFRAN e Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Mulher pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM). e-mail: natalia.gamancio@gmail.com

Cleine Chagas da Cunha Arvelos

Fisioterapeuta, Especialista em Saúde da Mulher, Mestre e Doutora em Genética e Bioquímica pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente no Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

Resumo: O presente artigo analisa a implantação do programa de humanização do pré-natal, parto e puerpério sob a perspectiva da usuária e dos profissionais de saúde em duas maternidades do Estado de Minas Gerais. A abordagem escolhida foi o estudo descritivo do tipo transversal. Os dados foram coletados por meio da aplicação de formulário de entrevista, sustentado em aspectos relacionados à humanização do pré-natal, parto e puerpério e em profundidade com 30 mulheres no puerpério imediato e 30 funcionários ligados ao atendimento dessas mulheres em cada maternidade. Os resultados apontaram tanto no HSF quanto no HRAD que a maioria (47%) das puérperas apresentaram-se muito satisfeitas com a equipe médica que atendeu ao darem entrada no hospital. No HSF, 50% das puérperas entrevistadas tiveram seus filhos de parto normal, 27% parto natural e 23% parto cesáreo. No HRAD, 57% das entrevistadas fez parto normal e 43% parto cesáreo. No HRAD não existe parto natural e o número de partos cesáreo é próximo do de partos normais. Entre os profissionais do HSF 37% estão muito satisfeitos com o desempenho do seu próprio trabalho, 57% satisfeitos. No HRAD, 17% responderam que estão muito satisfeitos com o seu próprio trabalho, 73% satisfeitos. Observa-se que a implantação da humanização nas maternidades aumenta a satisfação das usuárias em relação ao serviço e serve de estímulo ao parto normal.

Palavras-chave: atendimento; hospitais; humanização; pré-natal; pós-parto

Abstract: This paper analyzes the implementation of humanization program of prenatal care, childbirth and the perspective of the user and of health professionals and facilitating processes and obstacles in the implementation of this policy in two hospitals in the State of Minas Gerais. The approach chosen was a cross sectional study. Data were collected by means of the applica-

tion form interview on aspects related to the humanization of prenatal, delivery and postpartum and in depth with 30 postpartum women and 30 staff linked to meeting these women in each maternity. The results showed both the HSF as HRAD that the majority (47%) of the mothers presented themselves very satisfied with the medical team that responded to the hospital admission. HSF in 50% of the mothers interviewed had their children delivered vaginally, 27% and 23% natural childbirth cesarean section. In HRAD, 57% of respondents did normal delivery and 43% cesarean section. In HRAD no natural birth and the number of cesarean deliveries is close to that of normal deliveries. Among the professionals HSF 37% are very satisfied with the performance of his own work, 57% satisfied. In HRAD, 17% said they are very satisfied with their work, 73% satisfied. It is observed that the implementation of humanization in hospitals increases the satisfaction of the users in relation to the service and serves to stimulate normal delivery.

Key word: service; hospitals; humanization; prenatal; postpartum

Introdução

Por conceito, origem e vocação, a medicina e outras áreas relacionadas ao atendimento à saúde devem representar uma parte da ciência essencialmente humanística (BRASIL, 2002).

Na década de 70, no Brasil surge um movimento em prol da humanização do parto em decorrência às críticas ao modelo de parto tecnocrático e aos procedimentos cuja eficácia não está baseada em evidência ou que já foram considerados ineficazes (MARTINHO, 2011).

Com o propósito de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, muitos países têm reunido esforços para melhorar a qualidade do cuidado no parto e nascimento. Na literatura internacional encontramos estudos sobre práticas de atenção ao parto baseada em evidências; estudo comparativo da assistência ao pré-natal e parto entre países e aspectos facilitadores e barreiras na implementação do parto (MARTINHO, 2011).

Imerso em tal conjuntura, o Ministério da Saúde institui em 1 de junho de 2000 a Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento /PHPN e, assim, se fundamenta em considerar as necessidades, os desejos e os interesses dos diferentes atores do campo de saúde (MARTINS, 2001). Deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre pessoas em geral (SANTOS, 2006; MARTINS, 2001; BRASIL, 2001).

Como se observa, o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimento, de práticas e de atitudes, entre elas, a promoção do parto e do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados, uma vez que o modelo hegemônico tem sido crescentemente denunciado por profissionais e movimentos sociais, articulados em torno de um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização da assistência ao parto e ao nascimento (DINIZ, 2005).

Estas iniciativas inauguraram um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzidos pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o de Programa de Humanização dos Hospitais, lançados em maio e junho de 2000, com o objetivo de abranger centenas de instituições (*Op. cit.*, 2005).

Com a humanização, haverá maior valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). Teremos também o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade, além de trabalhar a corresponsabilidade dos profissionais nos processos de gestão e atenção. Com isso, ganharemos maior compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando, assim, processos de educação permanente (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém-nascido. Inibir os excessos de partos cirúrgicos é apenas uma das metas dessa assistência que deverá se consolidar, se construída com foco na atenção mais humanizada (REIS & PATRÍCIO, 2005).

À medida que o uso do termo humanizar se expande e é utilizado pelos diferentes atores sociais, cada um deles faz sua interpretação e recriação do termo, aplicado para outras formas de assistência. Entre elas, propostas de humanização de hospitais, de assistência ao recém-nascido, ao prematuro (associado ao modelo de “mãe-canguru”), ao abortamento, e inclusive à morte (DINIZ, 2005).

A dimensão humana e subjetiva que está na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais. Vemos que a qualidade do contato humano é um dos pontos críticos do sistema hospitalar público brasileiro. É necessário mudar a forma como os hospitais se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho - a vida, o sofrimento e a dor de um indivíduo fragilizado pela doença - sem o que valerão menos os esforços para o aperfeiçoamento gerencial, financeiro e tecnológico das organizações de saúde (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

As razões alegadas para a persistência de práticas não humanizadas são diversas e têm sido atribuídas a aspectos da estrutura e dos processos das instituições de saúde, particularmente, no que toca à conduta dos profissionais. Diversos estudos mostram que as atitudes dos profissionais são importantes componentes durante todo o parto, inclusive a relação assistencial com a parturiente (MARTINHO, 2011).

A relação médico-paciente tem sido indicada como um aspecto-chave para melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos aspectos, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e do direito à informação (MARTINHO, 2011).

Na avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento/PHPN realizada em 2003, foi utilizado como análise cada município do Brasil. Os resultados desta pesquisa mostraram que 70,5% dos municípios brasileiros haviam

aderido ao PHPN em 2002. As fragilidades do PHPN identificadas estavam relacionadas à falta e à integração funcional efetiva entre o pré-natal e o parto, à escassa realização da consulta de puerpério e à inexistência de visitas aos hospitais preconizados pelo Programa (MARTINHO, 2011).

As propostas da política de humanização encontram-se implantadas de forma diversificada no país, fato que pode estar sendo influenciado pela existência de contextos locais de implantação diferenciados. Dessa forma, a política para humanização do parto tem sido estudada sob diversos ângulos. Entretanto, o estudo dos contextos ou situações estaduais e locais onde ocorre a implantação da política é necessário para identificação de aspectos facilitadores e obstáculos. O presente estudo tem como objetivo analisar a implantação do programa de humanização do pré-natal, parto e puerpério sob a perspectiva da usuária e dos profissionais de saúde em duas maternidades do Estado de Minas Gerais.

2. Materiais e métodos

A abordagem escolhida foi o estudo descritivo do tipo transversal. A pesquisa foi realizada através da aplicação de dois modelos de questionários, sendo diferenciado o dos profissionais com o das puérperas. Foi utilizado o mesmo instrumento para a coleta dos dados nas duas maternidades.

Aspectos éticos

Para seu desenvolvimento, o estudo foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das três instituições envolvidas, sendo aprovado com os respectivos pareceres: Centro Universitário de Patos de Minas – Protocolo nº 60/10; Hospital Sofia Feldman – Protocolo nº 09/2010 CAAE: 0010.0.439.439.10; Hospital Regional Antônio Dias – Protocolo nº 059/2010. Os pesquisadores declaram que foram considerados todos os preceitos éticos, segundo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Elaboração do instrumento

Os instrumentos foram elaborados pelos pesquisadores sustentados em aspectos relacionados à humanização do pré-natal, parto e puerpério e submetidos à apreciação junto a três juízes de reconhecido saber na área, com vistas a adequá-lo quanto ao conteúdo, clareza, objetividade e precisão das informações. As sugestões dos três avaliadores foram acatadas.

Local de execução

O estudo foi realizado nas maternidades de dois hospitais: Hospital Sofia Feldman, na cidade de Belo Horizonte–MG (referência em parto humanizado), onde os da-

dos foram coletados em julho de 2010, e Hospital Regional Antônio Dias, na cidade de Patos de Minas–MG, onde os dados foram coletados em Outubro de 2010. A coleta aconteceu nos setores de alojamento conjunto, quartos de partos, centro obstétrico e atendimento em triagem de cada maternidade.

Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram divididos em dois grupos:

a) *Puérperas*: mulheres no puerpério imediato, internadas, independentemente de sua procedência, faixa etária, cor, raça, estado de saúde, tipo de parto, classe ou grupo social. A amostra foi composta por 30 puérperas do Hospital Regional Antônio Dias e 30 puérperas do Hospital Sofia Feldman. Os dados foram coletados de acordo com cronograma de autorização da entrada da pesquisadora no setor e de acordo com a ordem de aparecimento no serviço.

b) *Profissionais*: profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e doulas das maternidades do Hospital Regional Antônio Dias e Hospital Sofia Feldman que estavam ligados ao atendimento a essas mulheres. A amostra foi constituída por 30 funcionários de cada maternidade. Os dados foram coletados de acordo com cronograma de autorização da entrada da pesquisadora no setor e de acordo com a escala dos servidores nestes dias.

Análise estatística

A análise e apresentação dos resultados foram realizadas através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 14.0 para Windows.

3. Resultados e discussão

Puérperas

Foram entrevistadas 30 puérperas em cada maternidade. As mulheres do HSF tinham idade média de 24,8 ($\pm 6,4$) anos, com média de 2,0 ($\pm 1,5$) partos. Grande parte (73%) teve o parto com idade gestacional maior que 37 semanas e realizou mais de dez consultas de pré-natal (77%). As mulheres do HRAD tinham idade média de 27,4 ($\pm 5,4$) anos, com média de 1,9 ($\pm 1,1$) partos. A maioria (83%) teve o parto com idade gestacional igual ou superior que 37 semanas e realizou mais de seis consultas de pré-natal (93%).

Os dados correspondem às expectativas do Ministério da Saúde. Analisando as informações do Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se um incremento considerável do número de consultas por mulheres que realizam o parto no SUS, nos últimos anos. O aumento ocorreu pela inclusão do acompanhamento do pré-natal no conjunto de ações básicas que devem ser desenvolvidas pelos municípios (BRASIL, 2001).

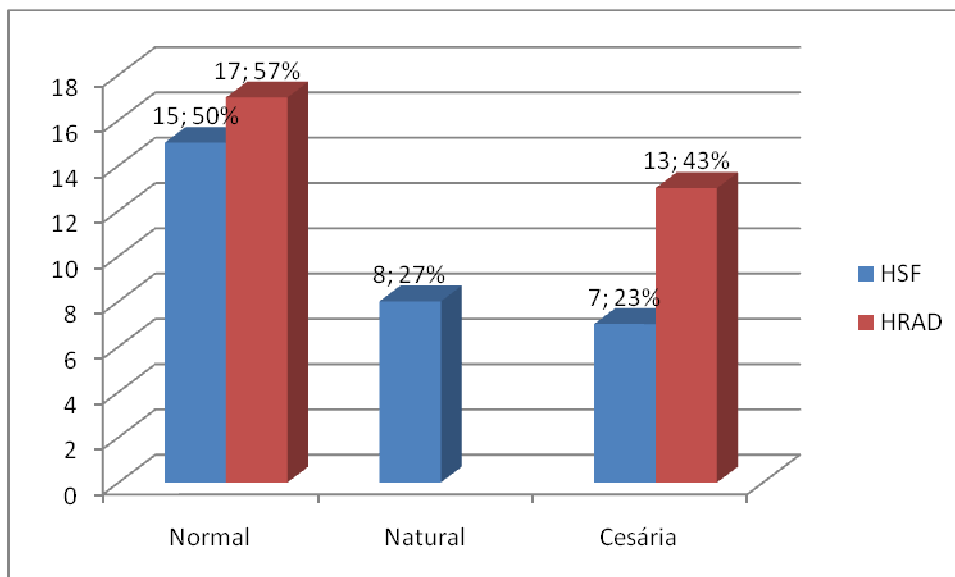
Um estudo recente sobre as desigualdades de saúde no Brasil apresenta, entre os indicadores de qualidade selecionados, o percentual de mulheres que receberam pelo menos seis consultas de pré-natal. Na correlação entre taxa de pobreza e cobertura pré-natal, os autores afirmam que esta é inversamente proporcional, embora ocorra interferência de outros fatores. O resultado dessa correlação apontou que a maioria dos estados com cobertura de pelo menos seis consultas de pré-natal apresentava um nível econômico compatível com o esperado para a realização dessas consultas e que, a cada redução de 10% na taxa de pobreza, haveria o aumento de 7% na cobertura pré-natal, ratificando o vínculo entre assistência e renda (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

Das puérperas entrevistadas no HSF, a maioria (57%) ainda na gestação tinha como escolha o HSF para fazer o parto e ao ir para o hospital já sabia qual médico conduziria o parto (83%). No HRAD, 50% das entrevistadas responderam que ainda na gestação já tinham como escolha o hospital para realizar seu parto e apenas 7% disseram que já sabiam qual médico realizaria seu parto.

Entende-se que a escolha do Hospital para realizar o parto muitas vezes não é decidida somente pela gestante. Intercorrências como falta de vaga no hospital desejado e transferência para unidades de referência em cidade diferente da de origem são as principais justificativas para as questões apresentadas acima.

A Figura 1 mostra que no HSF 50% das puérperas entrevistadas tiveram seus filhos de parto normal, 27% parto natural e 23% parto cesária. No HRAD, 57% da amostra fez parto normal e 43% parto cesáreo. De acordo com a mesma figura, nota-se que no hospital referência de parto humanizado (HSF) há a opção de parto natural, e o índice de parto cesáreo é pequeno em relação número de partos normal e natural. No HRAD, não existe parto natural e o número de partos cesáreos é próximo daquele de partos normais.

Figura 1. Tipos de partos por maternidade



Fonte: Dados do trabalho

Como resultado de diversos conceitos e atitudes favoráveis à valorização do parto normal e propondo soluções mais humanizadas aos ambientes altamente medicalizados, os quais respondem por representativa prevalência na atenção obstétrica, o Ministério da Saúde vem enfatizando e valorizando a implantação de edificações com estruturas prediais simplificadas, sob o aspecto da complexidade tecnológica da sua engenharia construtiva e funcional. Em meio a esse cenário atual, foi implantado o modelo assistencial de saúde materno-infantil denominado Centro de Parto Normal, ou Casa de Parto, que visa atender situações consideradas de baixo risco e que busca representar o resultado de conceitos e atitudes favoráveis à valorização do parto *natural* (BITENCOURT, 2004).

O parto natural é aquele realizado sem o auxílio de anestésias e que dispensa o trabalho ou a intervenção do médico ou da parteira, a menos que seja necessário.

A mudança do cenário domiciliar do nascimento para o cenário hospitalar fez emergir nova cultura de atendimento à mulher parturiente, provocando desvalorização do potencial do cuidado humano, em suas características culturais e afetivas, e gerando desconforto e até agravos à saúde da mulher e do seu recém-nascido. Tendo em vista essa realidade, o Ministério da Saúde criou diretrizes para orientar as ações das equipes de saúde no processo de parir (REIS & PATRÍCIO, 2005).

Segundo Diniz (2001), essas diretrizes sintetizam um conjunto importante de pesquisas sobre parto no mundo inteiro e estão contidas em diversos documentos, entre eles: *Care in Normal Birth: A Practical Guide* (WHO, 1996) e *World Health Day: Safe Motherhood* (WHO, 1998), e fazem uma importante crítica à excessiva medicalização do parto, orientado pelo *modelo tecnocrático* da assistência, no sentido que lhe atribui Davis-Floyd (1992) (TORNQUIST, 2003).

Conforme dados obtidos no site <http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>, no 1º trimestre de 2010, o HSF realizou 2.525 partos, sendo 505 partos cesáreos (20%), 2.020 partos normais (80%).

No HRAD durante o mês de setembro/2010, foram realizados 127 partos, sendo 60 partos normais (47,3%) e 67 partos cesáreo (52,7%) (Fonte: Estatística/HRAD).

Observa-se nesse hospital que o índice de parto cesáreo é maior.

As propostas de humanização do parto tanto no SUS como no setor privado têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercícios de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento (DINIZ, 2005).

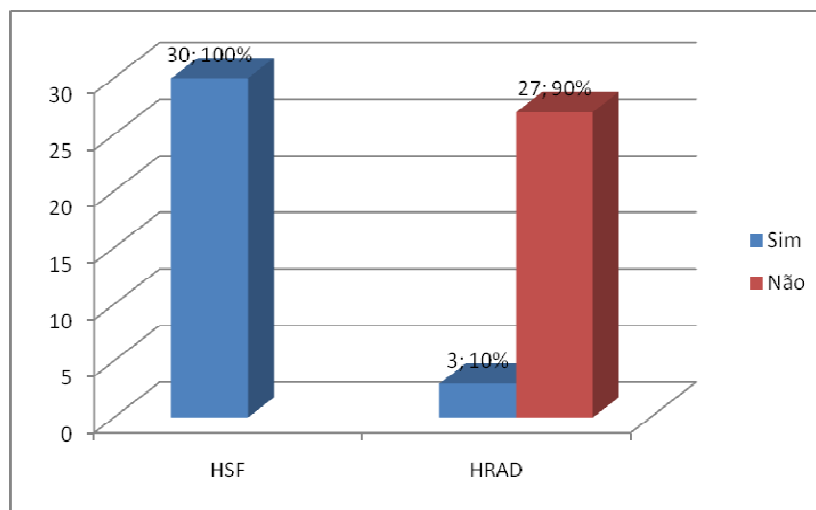
No HSF todas as puérperas tiveram seu direito de contar com a presença de um acompanhante como o pai da criança, parente ou uma pessoa amiga no momento do pré-parto e parto (Figura 2). Nota-se que o mesmo não aconteceu com as puérperas do HRAD, onde apenas 10% puderam contar com a presença de um acompanhante.

Um dos direitos das parturientes é a livre escolha de um acompanhante, o que é garantido pela Lei n.º 11.108/2005. A Organização Mundial de Saúde (OMS) também recomenda: “*uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade: seu parceiro, sua amiga, uma doula ou enfermeira-obstétrica*” (TORNQUIST, 2003).

Se inicialmente esta iniciativa foi vista com reservas por parte dos profissionais,

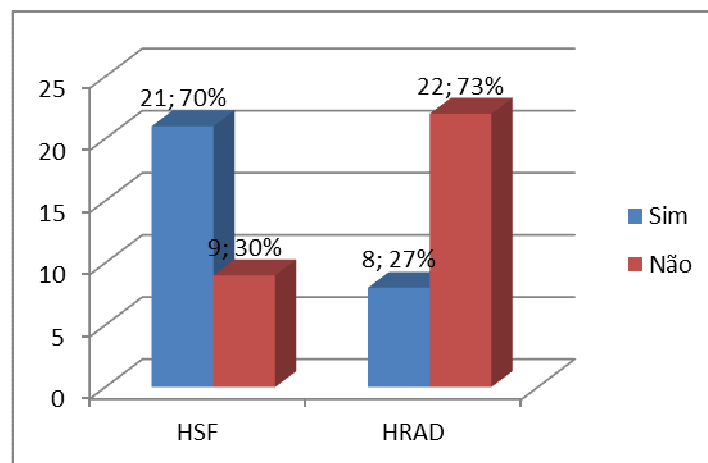
esta resistência está sendo rapidamente desfeita e hoje a presença do acompanhante leigo no cotidiano da maternidade é mesmo incentivada pela equipe, que vê neste personagem uma fonte segura de suporte emocional e apoio na facilitação do trabalho de parto (massagens, banhos, respiração), muitas vezes assumindo pequenas tarefas que caberiam às auxiliares de enfermagem. Na sala de parto, sua atuação é menor, porém, não inexistente. Particularmente após o nascimento do bebê, quando é convocado a participar dos primeiros cuidados, incluindo aqueles relativos à amamentação, que já se iniciam no pós-parto imediato e se estendem até pelo menos 6 meses (TORNQUIST, 2003).

Figura 2. Presença de um acompanhante no momento do pré-parto e parto, como o pai da criança, parente ou uma pessoa amiga.



Fonte: Dados do trabalho

Figura 3. Uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio de dor



Fonte: Dados do trabalho

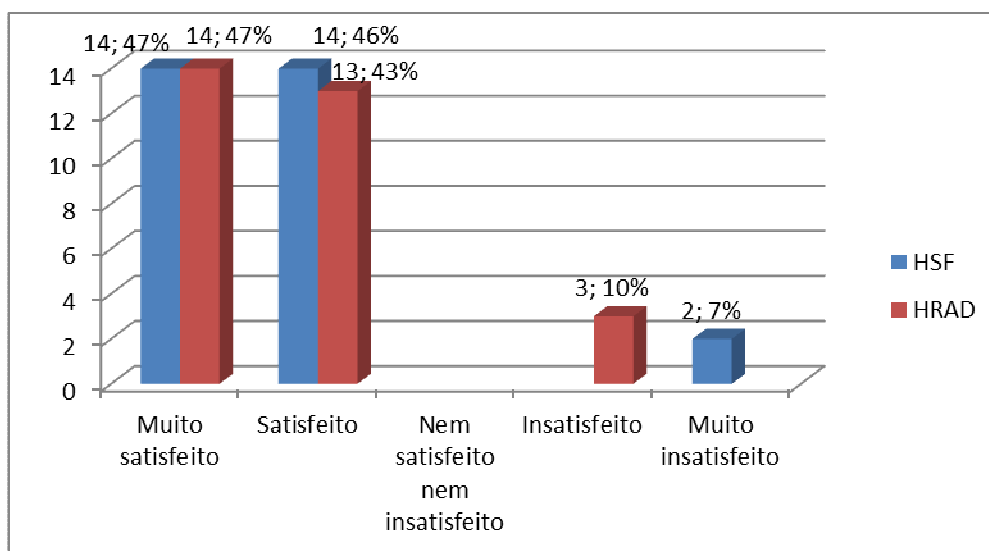
Com base nos dados coletados, no HSF, referência de parto humanizado, 70% das puérperas receberam métodos não invasivos de alívio de dor como massagens, banhos de água morna e técnicas de relaxamento para aliviar as dores do parto. Já no HRAD, apenas 27% receberam essas técnicas de analgesia (Figura 3).

A humanização da assistência, nas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. Com isso a obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribuindo a hora bendita da maternidade (DINIZ, 2005).

Assim, 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: as propostas técnicas (mecânicas, psicológicas, espirituais). Tal proposta indica o reconhecimento desta dor inerente ao processo fisiológico e mostra a necessidade de a mulher saber enfrentá-la. A presença do acompanhante, o suporte emocional, as técnicas de alívio, o apoio da equipe, não são, contudo, suficientes para eliminar a experiência da dor, experiência esta que não apenas se relaciona com a subjetividade de cada mulher, mas, mais ainda, com a própria forma como esta dor é construída pela cultura (TORNQUIST, 2003).

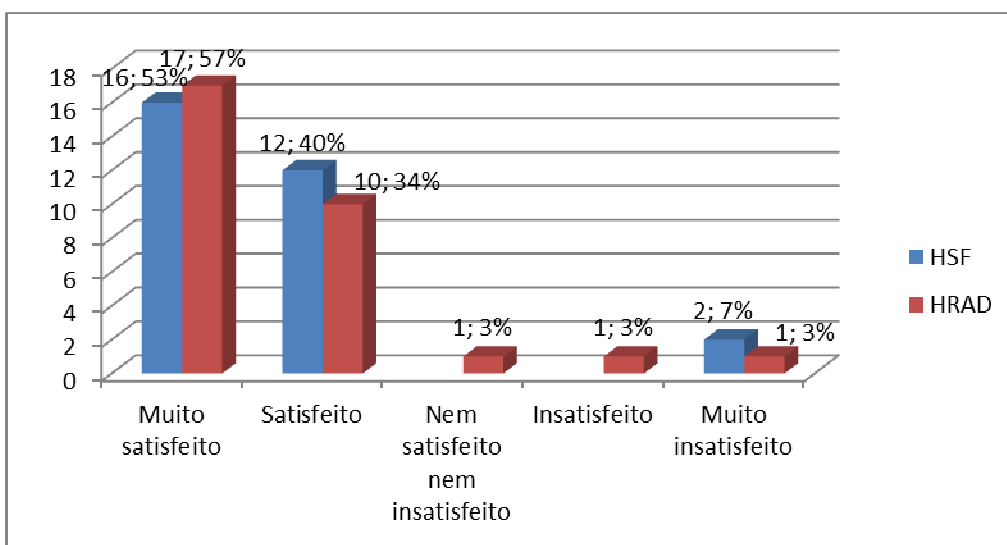
Conforme análise das Figuras 4 e 5, no HSF e no HRAD, o nível de satisfação com a equipe médica que atendeu as puérperas ao dar entrada no hospital foi paralelo.

Figura 4. Nível de satisfação com a equipe médica que atendeu ao dar entrada no Hospital



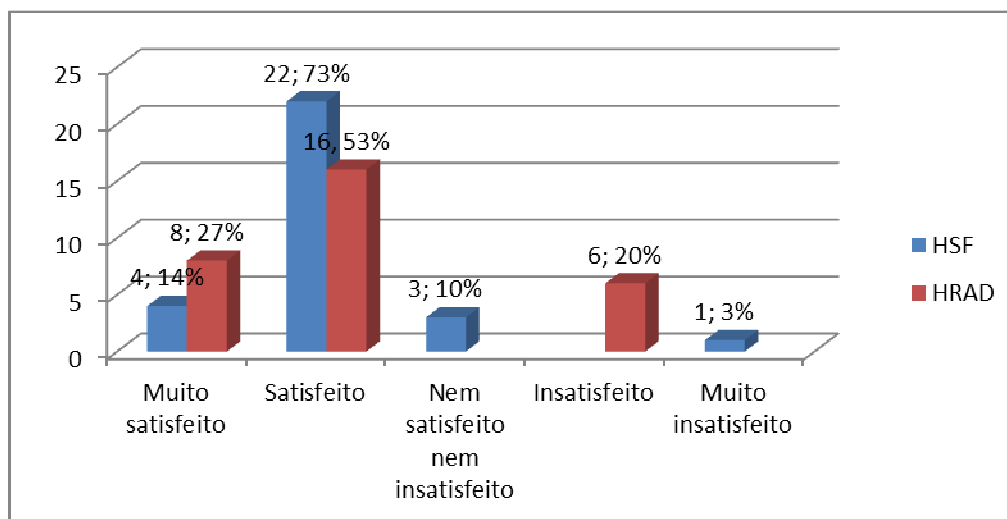
Fonte: Dados do trabalho

Figura 5. Nível de satisfação com a equipe de saúde que atendeu desde o momento que chegou no hospital até a alta.



Fonte: Dados do trabalho

Figura 6. Nível de satisfação com estrutura física (setores, equipamentos, banheiros, blocos, quartos) do hospital.



Fonte: Dados do trabalho

Profissionais

A amostra foi constituída por 30 profissionais de saúde do HSF e 30 profissionais do HRAD. A **Tabela 1** mostra as principais características dos profissionais entrevistados.

TABELA 1. Caracterização dos profissionais do HSF e do HRAD

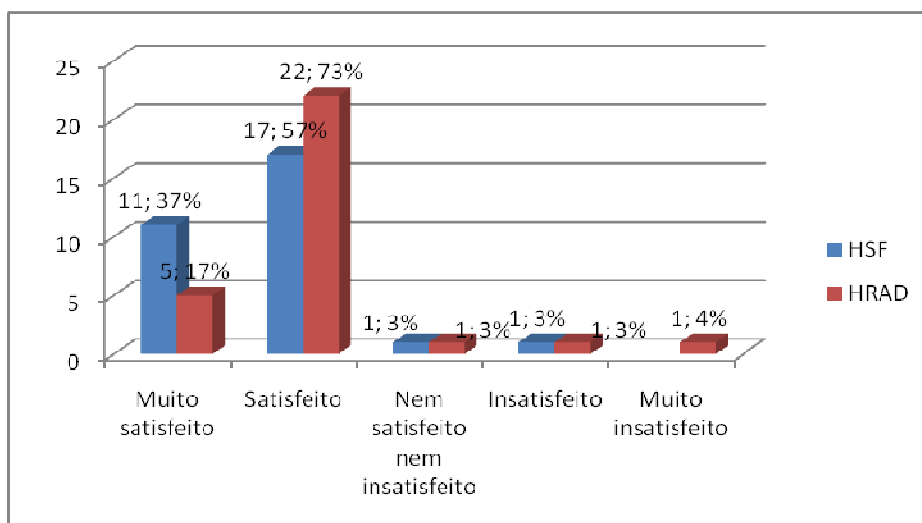
PROFISSIONAIS HOSPITAL SOFIA FELDMAN							
gênero	masculino 2; 7%	feminino 28; 93%					
idade (anos)	20-29 9; 31%	30-39 13; 43%	40-49 6; 20%	50-59 1; 3%	60-69 1; 3%	Média 35,33	DP 9,814
profissão	enfermeiro 5; 17%	doula 3; 10%	Enfer. obstetra 8; 27%	Médico gin. obst. 3; 10%	Téc. Enfermagem 11; 36%		
Tempo de atuação na área profissional	Até 1 ano 8; 27%	2 a 4 anos 11; 36%	5 a 6 anos 4; 13%	7 a 9 anos 2; 7%	10 anos ou mais 5; 17%	Média 2,50	DP 1,408
Tempo de serviço no hospital	Menos de 1 ano 7; 23%	1 a 2 anos 4; 13%	3 a 5 anos 8; 27%	6 a 9 anos 5; 17%	10 anos ou mais 6; 20%	Média 2,97	DP 1,450
PROFISSIONAIS HOSPITAL ANTÔNIO DIAS							
gênero	masculino 4; 13%	feminino 26; 87%					
idade (anos)	20-29 7; 23%	30-39 10; 33%	40-49 13; 44%			Média 1,87	DP 0,346
profissão	enfermeiro 3; 10%	doula -	Enfer. obstetra 1; 3%	Médico gin. obst. 11; 37%	Téc. Enfermagem 15; 50%	Média 4,67	DP 1,605
Tempo de atuação na área profissional	Até 1 ano 2; 7%	2 a 4 anos 9; 30%	5 a 6 anos 5; 17%	7 a 9 anos 3; 10%	10 anos ou mais 11; 36%	Média 3,40	DP 1,429
Tempo de serviço no hospital	Menos de 1 ano 1; 3%	1 a 2 anos 7; 23%	3 a 5 anos 16; 54%	6 a 9 anos 1; 3%	10 anos ou mais 5; 17%	Média 3,07	DP 1,048

Fonte: Dados do trabalho

Entre os tópicos importantes na humanização do atendimento em saúde, há o interesse e competência na profissão, o diálogo entre o profissional e o usuário e/ou seus familiares, o favorecimento de facilidades para que a vida da pessoa e/ou de seus familiares seja melhor, evitando assim aborrecimentos e constrangimentos (MARTINS, 2001).

Na percepção dos profissionais da equipe de saúde, o parto humanizado envolve relacionamento e comunicação interpessoal, tendo em vista que “são elementos importantes” tanto no processo administrativo de trabalho quanto na assistência propriamente dita. Neste contexto, o simples ato de “ouvir a parturiente e a sua família” e de “orientá-los sobre os procedimentos” representa condição para o parto humanizado. “É sermos mais humanos, tratando a gestante com carinho, pois para nós parir é normal, para elas é novidade”; “temos que tratar a parturiente sempre como se fosse a primeira vez, orientando sobre todos os passos pelos quais irá passar” (REIS & PATRÍCIO, 2005).

Figura 7. Nível de satisfação com o próprio trabalho



Fonte: Dados do trabalho

A Figura 7 mostra um bom nível de satisfação dos profissionais de ambas as maternidades com o próprio trabalho

Quanto à insatisfação com o próprio trabalho, cada profissional tem seus motivos, mas é desejável que o sentido de humanização ultrapasse as fronteiras da relação equipe/usuários e comece a permear as relações dentro da própria equipe, criando ambientes acolhedores em reuniões e no dia-a-dia do trabalho, estimulando seus membros a relatarem dificuldades que possam ser trabalhadas dentro da equipe ou não. Enfim, que a proposta não seja descendente: instituição-equipe-usuário, e sim, que esteja presente nas várias relações oriundas do trabalho em saúde (BRASIL, 2001).

Quanto às normas de humanização, 73% dos funcionários entrevistados do HSF disseram que sempre trabalham de acordo com a política de humanização e 27% na maioria das vezes. Já no HRAD, 47% dos entrevistados apontam que sempre trabalham de acordo com as normas, 40% na maioria das vezes e 13% somente às vezes.

De acordo com Santos (2006), a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento 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. Podem 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 (MARTINS, 2001).

Verificamos que no HSF 70% dos funcionários disseram que sempre respeitam a escolha da mulher sobre seus acompanhantes na hora do pré-parto e parto, 20% na maioria das vezes e 10% às vezes. Os dados são coerentes com aqueles apresentados na Figura 2, onde 100% das puérperas entrevistadas nesta maternidade disseram que tiveram direito de ter seus acompanhantes no pré-parto e parto. No HRAD 57% dos funcionários disseram dar sempre à mulher o direito de escolha sobre seus acompanhantes, 23% na maioria das vezes, 13% às vezes e 7% nunca. Esses dados, porém, são conflitantes com aqueles apresentados na Figura 2, onde 90% das puérperas entrevistadas nesta maternidade disseram que não tiveram o direito de ter um acompanhante, como pai da criança, parente ou pessoa amiga na hora do parto, sendo relatado por algumas puérperas o direito de acompanhante somente no pré-parto.

Em relação aos métodos utilizados para alívio de dor no parto no HSF a maioria dos profissionais (70%) relata que sempre utiliza métodos não farmacológicos como massagem, banhos de água morna, técnicas de relaxamento para alívio de dor. No HRAD, 20% dos profissionais da amostra disseram que sempre utilizam métodos não invasivos, 37% na maioria das vezes, 20% às vezes, 10% raramente e 13% nunca. Nota-se que na maternidade referência de parto humanizado (HSF), os profissionais utilizam mais essas técnicas não-farmacológicas e não-invasivas.

De acordo com Torquist (2003), tentativas de diminuir as dores do parto não são novidades na obstetrícia: no século XIX, não raro se recorria ao ópio; já no século XX, à analgesia ou à cesariana. No campo das correntes críticas da obstetrícia convencional, nos anos 50, postulava-se o *parto sem dor* viabilizado pelo método psico profilático do Dr. Lamaze; nos anos 70, entraram em cena técnicas orientais, místicas e psicológicas de preparo para que o bebê nascesse sorrindo e para que a mulher sentisse prazer no momento de dar à luz.

Alguns itens foram confrontados através de abordagem nos dois instrumentos. Assim, foi possível fazer uma analogia entre a percepção dos profissionais e das puérperas para o mesmo item.

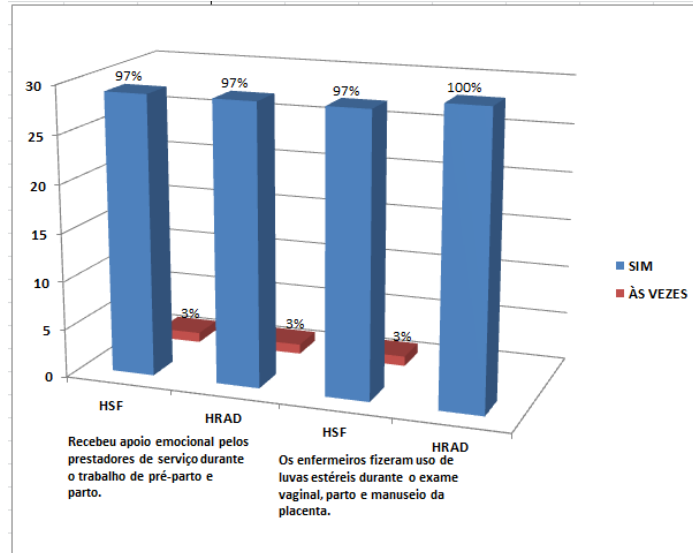
Conforme análise das Figuras 8 e 9 e da Tabela 2, comparando o critério apoio emocional, no HSF existe coerência entre as respostas de profissionais e puérperas. Dos profissionais entrevistados, 77% disseram oferecer apoio a elas sempre e 23% na maioria das vezes. Entre as puérperas, 97% delas disseram que sempre receberam apoio emocional e 3% às vezes. No HRAD, 97% das puérperas disseram ter recebido apoio sempre e 3% às vezes, e 43% dos profissionais relataram que oferecem sempre apoio emocional, 37% na maioria das vezes, 10% às vezes e 10% nunca. Logo, verifica-se que esta é uma prática adotada nas duas instituições.

Na imagem geral que se faz de uma assistência humanizada, a comunicação com a população é um meio para a equipe de saúde captar as necessidades, anseios, temores e dúvidas. Isso possibilita que se promova atenuação de sintomas que possam desfavorecer o processo e seus resultados no bem-estar e segurança da parturiente, do acompanhante e, também, do bebê que está chegando (REIS & PATRÍCIO, 2005).

Parto humanizado, na concepção dos profissionais da equipe, também deve expressar atenção à individualidade da mulher, considerando seus padrões culturais e sentimentos (suas crenças, práticas e seus valores. “É respeitar a individualidade da

parturiente, promovendo o parto normal, seguindo as orientações do Ministério da Saúde” (REIS & PATRÍCIO, 2005).

Figura 8: Percepção da puerpera com relação a apoio emocional e a utilização feita pelos profissionais de materiais higiênicos de proteção individual.



Fonte: Dados do trabalho

Figura 9: Percepção da puerpera com relação ao atendimento prestado pela equipe de saúde a qual lhe prestou atendimento.

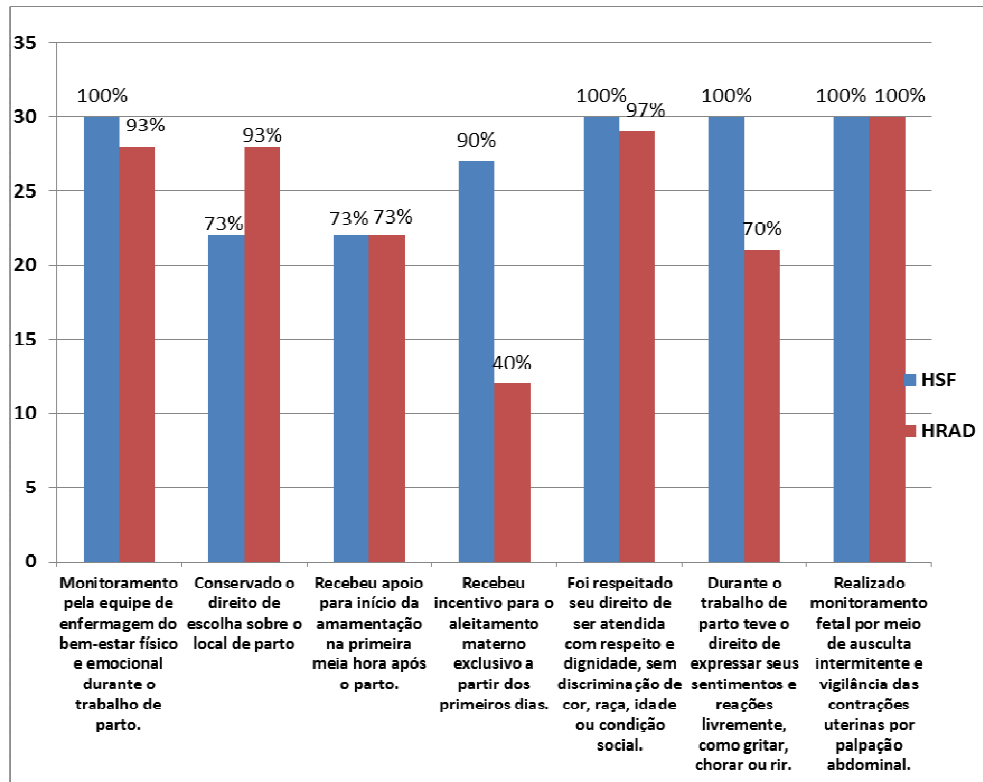


Tabela 2. Percepção do Profissional

Crítérios analisados	Local	S	MV	AV	R	N
Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher	HSF	16; 53%	4; 13%	8; 27%	2; 7%	-
	HRAD	15; 50%	9; 30%	1; 3%	2; 7%	3; 10%
Respeita a mulher sobre a escolha do local de parto	HSF	21; 70%	7; 23%	1; 4%	-	1; 3%
	HRAD	13; 44%	6; 20%	4; 13%	1; 3%	6; 20%
Oferece a mulher apoio emocional durante o trabalho de pré-parto e parto	HSF	23; 77%	7; 23%	-	-	-
	HRAD	13; 43%	11; 37%	3; 10%	-	3;10%
Fornecer a mulher informações e explicações que ela deseja	HSF	21; 70%	6; 20%	3; 10%	-	-
	HRAD	23; 77%	5; 17%	1; 3%	-	1; 3%
Realiza manipulação ativa do feto no momento do parto	HSF	5; 17%	3; 10%	5; 17%	3; 10%	14; 46%
	HRAD	4; 13%	4; 13%	5; 17%	2; 7%	15; 50%
Realiza monitoramento fetal por meio da ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal	HSF	20; 67%	1; 3%	-	-	9; 30%
	HRAD	21; 70%	2; 7%	3; 10%	-	4; 13%
Estimulo ao contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho, e apoio ao início da amamentação na primeira meia hora após o parto	HSF	22; 73%	5; 17%	1; 3%	-	2; 7%
	HRAD	23; 77%	3; 10%	2; 6%	-	2; 7%
Incentivo ao aleitamento materno exclusivo a partir dos primeiros dias	HSF	28; 93%	1; 4%	-	-	1; 3%
	HRAD	29; 97%	1; 3%	-	-	-
O hospital oferece material educativo sobre aleitamento materno	HSF	25; 83%	3; 10%	1; 4%	1; 3%	-
	HRAD	9; 30%	4; 14%	9; 30%	7; 23%	1; 3%
Durante o trabalho de parto a mulher tem o direito de expressar sentimentos e reações livremente, como gritar, chorar ou rir.	HSF	28; 93%	2; 7%	-	-	-
	HRAD	17; 56%	8; 27%	2; 7%	1; 3%	2; 7%

S= Sempre; MV= Na maioria das vezes; A= Às vezes; R= Raramente; N= Nunca

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao respeito sobre a escolha do local de parto no HSF 73% das puérperas disseram ter seu direito de escolha atendido e 27% disseram que não. Essas informações conferem as respostas dos profissionais desta maternidade. No HRAD, 93% das puérperas disseram que seu direito de escolha foi atendido e 7% responderam que não. Entre os profissionais desta maternidade, 44% responderam que sempre dão à gestante liberdade de escolha do local de parto, 20% na maioria das vezes, 13% às vezes, 3% raramente e 20% nunca. Durante a entrevista, as puérperas que marcaram não ter recebido o direito de escolha do local do parto justificaram que a maternidade não apresenta opções à parturiente de outros locais para realizarem seu parto, a não ser no bloco obstétrico. Diferente da maternidade do HSF (referência de parto humanizado) que disponibiliza a parturiente vários quartos de partos com instrumentos e técnicas não invasivas de alívio de dor, maternidade com várias alas para realizar o parto normal e bloco obstétrico.

De acordo com o que se vê na Figura 10, todas as puérperas das duas maternidades receberam monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, o que corresponde ao respondido pelos profissionais.

A respeito do estímulo cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio para início da amamentação na primeira meia hora após o parto, as puérperas das duas maternidades tiveram resultados iguais com 73% de resultados positivos e 27% dos resultados negativos. Entre os profissionais do HSF, 73% relataram oferecer o apoio, 17% na maioria das vezes, 3% às vezes e 7% nunca. No HRAD 77% disseram dar apoio, 10% na maioria das vezes, 6% às vezes e 7% nunca. Nota-se que mesmo os profissionais sabendo o quanto é difícil para as mães dar a primeira mamada, ainda há aqueles que não auxiliam e não dão apoio a elas nessa hora.

Com relação ao incentivo para o aleitamento materno exclusivo a partir dos primeiros dias, 90% das puérperas do HSF disseram que receberam incentivos. Os dados corroboram as respostas dos profissionais que em 93% sempre incentivam o aleitamento materno, apenas 4% disseram na maioria das vezes e 3% nunca. Já no HRAD, somente 40% das puérperas marcaram ter recebido incentivo ao aleitamento materno. Os dados são conflitantes com as respostas apresentadas pelos profissionais que, com frequência de 97%, relataram que sempre incentivam as puérperas ao aleitamento materno exclusivo e 3% na maioria das vezes.

No HSF, todas as puérperas (100%) da amostra disseram ter seu direito de expressar seus sentimentos e reações livremente como chorar, gritar, rir. O resultado condiz com o respondido pelos profissionais que, na maioria (93%), sempre dão à parturiente o direito de expressar seus sentimentos, e 7% na maioria das vezes. Com a mesma amostragem no HRAD e o mesmo quesito, podemos ver que 70% das parturientes relataram que puderam expressar seus sentimentos, e 30% não puderam, o que corresponde ao que os profissionais responderam, onde 56% marcaram que sempre, 27% na maioria das vezes, 7% às vezes, 3% raramente, 7% nunca. Sabemos que a dor, como as doenças, não são apenas manifestações universais de processos orgânicos, mas construções simbólicas que variam conforme os contextos socioculturais e a própria subjetividade do doente, conforme sugere Le Breton (1995), entre outros (TORNQUIST, 2003).

Este estado é vivido no hospital, em geral, de forma bastante controlada: as mulheres demonstram uma grande preocupação com sua performance em termos do con-

trole das emoções, procurando expressar sua dor dentro de parâmetros considerados adequados, que consistem em não gritar, não entrar em desespero, obedecer às ordens médicas, acatar os conselhos da equipe (TORNQUIST, 2003).

Vemos que significativas mudanças na atitude do parto e do nascimento têm, no entanto, promovido importante impacto nas alterações do ambiente físico destinado a prover o atendimento da mulher e do neonatal, particularmente nas duas últimas décadas. Uma grande variedade de projetos arquitetônicos e concepções referentes ao centro obstétrico e cirúrgico e dos demais ambientes de atenção ao parto têm proliferado, refletindo, de alguma forma, as mudanças filosóficas e práticas de abordagem do nascimento com ênfase na humanização (BITENCOURT, 2004).

4. Considerações finais

Observa-se que a implantação da humanização nas maternidades aumenta a satisfação das usuárias em relação ao serviço e serve de estímulo ao parto normal. A reconstrução da realidade estudada levanta reflexões acerca das expectativas das usuárias, oferecendo subsídios para que, juntamente com as parturientes, possam ser estabelecidas medidas de promoção do parto normal, minimizando assim as complicações a curto e longo prazo e favorecendo uma melhor qualidade de vida para as mesmas. Verificou-se que a maternidade do HSF apresenta, tanto na perspectiva das usuárias quanto dos profissionais de saúde, o cumprimento da política de humanização do pré-natal, parto e puerpério.

Em relação ao HRAD, verificou-se que apesar de apresentar falhas em diversos itens em relação ao que orienta a política de humanização, tem alto índice de satisfação entre as usuárias. Em contrapartida, tais itens não contemplados estão associados a altos índices de partos cesarianos.

O presente estudo traz alguns subsídios a serem refletidos, tais como a reorganização da rede básica com oferta de pré-natal e curso para gestante poderá suprir a informação necessária sobre os direitos da gestante. Investimentos na adequação da estrutura física e na contratação e reciclagem dos profissionais reduziriam as dificuldades estruturais, viabilizando a privacidade e a presença do acompanhante.

Obstáculos estruturais encontrados neste estudo apontam para a busca de estratégias alternativas de sensibilização dos profissionais para além dos treinamentos e capacitações rotineiras, fazendo com que estes busquem cotidianamente pela educação continuada.

A ausência de um plano específico para a implantação organizada e sistemática da política de humanização no HRAD, ao lado em um monitoramento e busca de estratégias da adesão dos profissionais a esta política, retarda a melhoria das condições de atendimentos às parturientes e puérperas.

Colaboradores

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HRAD – Hospital Regional Antônio Dias- Patos de Minas-MG
HSF – Hospital Sofia Feldman- Belo Horizonte-MG

Referências

BITENCOURT, Fábio; KRAUSE, Cláudia Barroso. *Centros de Parto Normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto*. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH- IV Seminário de Engenharia Clínica, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, 2(1): p. 69-71, jan. – abril, 2002.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), p. 627-637, 2005.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARTINHO, Rosana Machado Lopes. *Programa de Humanização do Parto: análise da teoria e implantação em Salvador*. Universidade Federal da Bahia. Tese de Doutorado. 2011.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Dossiê Humanização do parto. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaodoparto.html>. Acesso em março de 2010.

Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) 1993, *Carta de Campina*. (Mimeo).

REIS, Adriana Elias; PATRÍCIO, Zuleica Maria. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(sup.): p. 221-230, 2005.

SANTOS, Tainá Colombo. Atuação do Fisioterapeuta na sala de parto normal. *Fisioterapia Brasil*, v. 7, n. 3, maio, p. 229-234, 2006.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia di Giacomio; CECATTI, José Guilherme. O pano-

rama da atenção pré-natal no Brasil e Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul. / set., 2004.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e nascimento no Brasil. *RBGO*, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19 (Sup.2): S419-S427, 2003.

BAKES, Dirce Stein; LUMARD, Valéria Lerch; FILHO, Welson D. Lumardi. A Humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [publicação da] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, v. 14, n. 1, jan./fev. 2006. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2006, p. 132-135.

<http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>