



DAIANE BITTENCOURT DE LEMOS

**O PARTO HUMANIZADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO
BRASIL - O OLHAR DOS GESTORES**

**FURG
RIO GRANDE
2012**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O PARTO HUMANIZADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO
BRASIL - O OLHAR DOS GESTORES**

DAIANE BITTENCOURT DE LEMOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande/FURG, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Dr^a Enf^a Nalú Pereira da Costa Kerber
Co-Orientadora: Dr^a Enf^a Eliana Pinho de Azambuja

RIO GRANDE

2012

L557p Lemos, Daiane Bittencourt de

O parto humanizado em um hospital universitário do sul do Brasil – o olhar dos gestores / Daiane Bittencourt de Lemos. – 2012.
97 f.

Orientadora: Nalú Pereira da Costa Kerber
Co-orientadora: Eliana Pinho de Azambuja
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande,
Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Rio Grande, 2012.

1. Enfermagem. 2. Parto humanizado. 3. Saúde da mulher. I. Título.
II. Kerber, Nalú Pereira da Costa. III. Azambuja, Eliana Pinho de

CDU: 616-083:618.2

DAIANE BITTENCOURT DE LEMOS

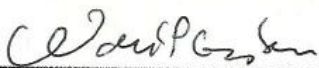
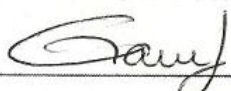
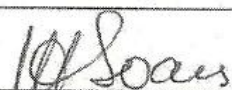
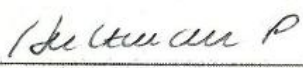
O PARTO HUMANIZADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL - O OLHAR DOS GESTORES

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 09 de Março de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande/FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Helena Heidtmann Vaghetti

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dra. Enfª Natú Pereira da Costa Kerber – Presidente (FURG)
 Dra. Enfª Eliana Pinho de Azambuja – Co-orientadora (IFRS- Campus Rio Grande)
 Dra. Enfª Marilu Correa Soares – Membro Externo (UFPEL)
 Dra. Enfª Helena Heidtmann Vaghetti – Membro Interno (FURG)
 Dra. Enfª Fabiane Ferreira Francioni - Suplente Interno (FURG)

Dedico este trabalho, com muito amor,

Aos meus pais Selma e Hamilton, pelo dom da vida, pelo amor incondicional, carinho e valores que semearam em mim, pelo incentivo sempre em meus estudos, pela compreensão, apoio e estímulo frente aos desafios que permearam esta etapa de nossas vidas.

Ao meu esposo Lubier, amigo e companheiro, que pacientemente me aguardava após horas de estudo e trabalho sempre com amor, carinho e compreensão. Compartilho este momento de realização pessoal e profissional.

Obrigada por abrirem mão de parte do tempo que eu dispunha para aconchegá-los e amá-los. A vocês ofereço o fruto do meu esforço.

Sem vocês não conseguiria chegar onde cheguei!

AGRADECIMENTOS

À Deus por guiar os meus caminhos em todos os momentos, provendo-me de força, coragem e sabedoria, por mais esta conquista e por ti sentir presente em todos os momentos de alegria e de dificuldades ao longo dessa caminhada.

Aos meus pais por, estimularem-me a estudar, nunca pouparam esforços ou estímulo para minha formação, o que possibilitou êxito em minha vida acadêmica.

Ao meu esposo, por não permitir que eu fraquejasse e desistisse no meio do caminho.

De igual forma, agradeço aos meus sogros Maria Regina e Valderício.

Souberam compreender a minha ausência, sempre me incentivando durante esse caminhar.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Nalú Pereira da Costa Kerber e a minha co-orientadora Prof^a Dr^a Eliana Pinho de Azambuja, que sempre estiveram disponíveis me apoiando em todos os momentos, inclusive naqueles mais difíceis. Por terem confiado nesta proposta de trabalho e disponibilizado suas orientações e conhecimentos, pela compreensão das minhas limitações. Não ganhei somente orientadoras, mas também amigas para a vida.

Agradeço o apoio e o incentivo para trilhar um novo conhecimento. Obrigada pela paciência em todos os momentos principalmente nos mais difíceis.

Meus agradecimentos a Banca Examinadora deste estudo, pela colaboração, disponibilidade e apoio, por suas valiosas contribuições na fase final deste trabalho e nesta conquista acadêmica.

Aos Colegas de Mestrado que juntos compartilhamos de apreensão e alegrias no decorrer dessa caminhada. Pelas novas amizades e os bons momentos de convívio.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação pelos conhecimentos transmitidos ao longo do curso, pelo exemplo profissional e a amizade constante.

Meus agradecimentos também se estendem aos integrantes do grupo de pesquisa Viver Mulher, a todos que direta e/ou indiretamente fazem parte da história desta construção.


Os Técnicos Administrativos da Escola de Enfermagem/FURG, pela presença constante, auxílio, contribuição e incentivo.

Aos funcionários do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Jr, Noite II, à todos aqueles que trabalhei em conjunto como Enfermeira RPA das Unidades, durante o percurso dessa minha caminhada, agradeço pelos plantões em claro, sem dormir, dividindo as angústias e indecisões, muito obrigada pelo apoio de todos!

As alunas da ATEnf 2014.2, que conviveram comigo na fase final da dissertação, demonstrando interesse pela construção acadêmica, solidárias com minha realização pessoal e profissional, sempre realizando questionamentos pertinentes.

Enfim, a todos os meus colegas, amigos e familiares que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização desse estudo, mais um percurso de minha trajetória.

Meus Agradecimentos!!!



“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” (Carl Jung)

“Quando olhamos a vida e as pessoas a partir de uma perspectiva mais ampla, o certo e o errado, o bom e o mal, passam a ser conceitos mais elásticos: Torna-se mais fácil aceitar e conviver com as pessoas que vivem e pensam diferente de nós.” (Maldonado, Canella; 2003)

“Viver intensamente é você chorar, rir, sofrer, participar, achar a verdade no que faz. Não morreria por nada desse mundo porque eu gosto realmente é de viver.” (Leila Diniz)

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se, fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.” (Martin Luther King)

“Seja mais lúcido diante da beleza da vida e da sua existência, sua face é mais uma página em branco que somente você pode ilustrar. Estampe-a como um sorriso.” (Flávio Souza)

“Somos responsáveis não só pelo que fazemos mas também pelo que deixamos de fazer.” (Molière)

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.” (Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

LEMOS, Daiane Bittencourt de. **O PARTO HUMANIZADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL - O OLHAR DOS GESTORES**. 2012. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

A humanização nos serviços de saúde é essencial na resolução de problemas, satisfação dos usuários, reconhecimento e reivindicação dos direitos, promoção do auto cuidado e proteção da saúde. Na atenção obstétrica e neonatal, o Ministério da Saúde preconiza que a atenção adequada à mulher no momento do parto é um direito fundamental. O objetivo geral deste estudo é conhecer a percepção dos gestores do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior sobre a implementação da proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado. Trata-se de um recorte da macro-pesquisa multicêntrica “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, caracterizada como um estudo transversal multicêntrico envolvendo a Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). O local do estudo foi o Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Júnior, da Universidade Federal do Rio Grande, município do Rio Grande/RS, tendo como sujeitos quatro gestores deste hospital. Os dados foram extraídos do banco de dados da macro-pesquisa referida. Foram respeitados todos os aspectos referentes à Resolução N° 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A análise foi realizada a partir da interpretação dos dados que foram coletados e transcritos das entrevistas. Os resultados e as discussões encontram-se organizados em dois artigos científicos. O primeiro artigo está relacionado ao conhecimento dos gestores sobre a proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado. O segundo enfoca as fortalezas e as fragilidades apontadas pelos gestores para a implementação da proposta do Ministério da saúde. Conclui-se que os gestores conhecem o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e suas diretrizes, salientam a necessidade de mudança na área física, e a permissão da presença do acompanhante; demonstraram conhecer os benefícios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; justificam a necessidade de credenciamento para o recebimento de verbas para a manutenção do processo; evidenciam a necessidade da elaboração de um protocolo de atendimento. Quanto às dificuldades, evidenciou-se a resistência dos

profissionais a uma nova proposta, número insuficiente de trabalhadores e um alto índice de cesáreas. Como estratégias, os gestores apontaram que a mudança da área física do Centro Obstétrico pode favorecer, bem como treinamento e capacitações da equipe de saúde, como também uma real cobrança por parte do governo na efetivação do parto humanizado.

DESCRITORES: Enfermagem, Saúde da Mulher, Parto Humanizado.

ABSTRACT

LEMOS, Daiane Bittencourt de. **HUMANE CHILDBIRTH IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL - THE LOOK OF MANAGERS.** 2012. 97f. Dissertation (Master's in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande - FURG, Rio Grande.

Humanization in health services is essential in problem solving, customer satisfaction, recognition and vindication of rights, promotion of self care and health protection. In obstetric and neonatal care, the Ministry of Health recommends that adequate attention to women during childbirth is a fundamental right. The aim of this study the perceptions of managers of the Hospital Dr Miguel Riet Correa Junior ° on the implementation of the proposal of the Ministry of Health about the Humanized Delivery. This is an excerpt of the macro-multicenter study "Humanized Care Delivery for Adolescents", characterized as a multicentric study involving the Federal University of Rio Grande (FURG) and the Federal University of Pelotas (UFPEL). The study site was the University Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, Federal University of Rio Grande, in Rio Grande / RS, with the participants were four managers of this hospital. Data were extracted from the database that the macro-research. We have respected all aspects of Resolution No. 196/96 on Research Involving Human Subjects. The analysis was based on the interpretation of the data that were collected and transcribed the interviews. The results and discussions are organized in two papers. The first article is related to the attention of managers on the proposal of the Ministry of Health about the Humanized Delivery. The second focuses on the strengths and weaknesses identified by managers to implement the proposal of the Ministry of Health. It is concluded that managers know the Humanization Program of Prenatal and Birth and their guidelines, highlight the need for change in the physical area, and allowing the presence of a companion, knew about the benefits of the Program for Humanization of Prenatal and Birth; justify the need for accreditation for the receipt of funds for the maintenance of the process; highlight the need to prepare a protocol of care. As for the difficulties, there was the professional resistance to a new proposal, an insufficient number of workers and a high rate of cesarean sections. As strategies, managers indicated that the change of the physical area of the obstetric center can

improve, as well as training and skills of health staff, but also a real recovery by the government in the execution of humanized childbirth.

DESCRIPTORS: Nursing, Women's Health, Humanized Birth.

RESUMEN

LEMOS, Daiane Bittencourt de. **EL PARTO HUMANITARIO EN UN HOSPITAL DEL SUR DE BRASIL - LA MIRADA DE LOS GERENTES**. 2012. 97f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande - FURG, Río Grande.

Humanización en los servicios de salud es esencial en la resolución de problemas, la satisfacción del cliente, el reconocimiento y la reivindicación de los derechos, la promoción del autocuidado y protección de la salud. En la atención obstétrica y neonatal, el Ministerio de Salud recomienda que la atención adecuada a las mujeres durante el parto es un derecho fundamental. El objetivo de este estudio, las percepciones de los directivos del Hospital Dr. Miguel Riet Correa ° Junior en la aplicación de la propuesta del Ministerio de Salud sobre el parto humanizado. Este es un extracto de la macro-estudio multicéntrico "un cuidado humanizado para Adolescentes", que se caracteriza como un estudio multicéntrico de la participación de la Universidad Federal de Río Grande (FURG) y la Universidad Federal de Pelotas (UFPEL). El sitio de estudio fue el Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, de la Universidad Federal de Río Grande, en Río Grande / RS, teniendo como participantes del estudio cuatro gerentes de este hospital. Los datos fueron extraídos de la base de que la macro-investigación. Nosotros hemos respetado todos los aspectos de la Resolución N ° 196/96 para la Investigación en Seres Humanos. El análisis se basó en la interpretación de los datos que fueron recopilados y transcritos de las entrevistas. Los resultados y discusiones se organizan en dos artículos. El primer artículo se refiere a la atención de los administradores sobre la propuesta del Ministerio de Salud sobre el parto humanizado. El segundo se centra en las fortalezas y debilidades identificadas por los responsables de implementar la propuesta del Ministerio de Salud. Se concluye que los directivos conocer el Programa de Humanización de las directrices del embarazo y parto y su, poner de relieve la necesidad de cambio en el área física, y permitiendo la presencia de un compañero, sabía acerca de los beneficios del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento, justificar la necesidad de la acreditación para la recepción de fondos para el mantenimiento del proceso y poner de relieve la necesidad de elaborar un protocolo de atención. En cuanto a las dificultades, no fue la resistencia de los profesionales a una nueva

propuesta, un número insuficiente de trabajadores y una alta tasa de cesáreas. Dado que las estrategias, los directivos indicaron que el cambio de la superficie física del centro obstétrico puede mejorar, así como formación y capacitación del personal de salud, sino también una recuperación real por parte del gobierno en la ejecución de parto humanizado.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Salud de la Mujer, Parto Humanizado

SUMÁRIO

1.0. INTRODUÇÃO	15
2.0. OBJETIVOS	20
3.0. REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1. Humanização do Cuidado	21
3.2. Hospitais Universitários (HUs) e Humanização da Assistência	27
3.3. Organização do Serviço de Saúde Hospitalar para a Implantação do Parto Humanizado: Uma Revisão Integrativa	35
4.0. METODOLOGIA	43
4.1. Tipo de Estudo	43
4.2. Local do Estudo	43
4.3. Contexto do estudo	44
4.4. Sujeitos do Estudo	44
4.5. Coleta dos Dados	44
4.6. Análise dos Dados	45
4.7. Aspectos Éticos	45
5.0. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1. Artigo I	47
5.2. Artigo II	65
6.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	90
ANEXO A	
ANEXO B	
ANEXO C	
ANEXO D	

1. INTRODUÇÃO

A vinculação do termo humanização à assistência de parturientes tem recebido destaque, nas últimas décadas, nas discussões de políticas públicas e angariado adeptos no âmbito científico.

Pode-se dizer que essa questão começou a ser difundida no meio acadêmico e nos serviços a partir da iniciativa do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000, com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este se caracterizou como uma tentativa de um processo amplo de humanização dos serviços de saúde destinados ao atendimento no ciclo gravídico-puerperal, com a finalidade de assegurar a melhoria do acesso, da qualidade e cobertura da assistência pré-natal, ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania. Essa proposta, destinada tanto ao setor público, Sistema Único de Saúde (SUS), quanto ao setor privado, visa o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada, por meio do envolvimento articulado dos estados, municípios e unidades de saúde nestas ações (BRASIL; 2000).

As práticas em saúde realizadas dentro desse contexto deverão nortear-se por atitudes e comportamentos do profissional que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida (BRASIL; 2000).

O PHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido (RN). Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que não beneficiam a mulher nem o RN e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL; 2002).

As práticas contidas no PHPN influenciam no modelo organizacional dos serviços que realizam assistência obstétrica e visam direcionar o processo de trabalho nos centros

obstétricos (COs). As modificações na estrutura dos COs, transformando-os em espaços mais acolhedores e favoráveis à implementação das ações preconizadas, tornam-se imprescindíveis no sentido de auxiliar na humanização da atenção à parturiente.

Visualiza-se que, além da reestruturação física dos hospitais para humanizar o momento do nascimento, faz-se necessário rever as ações e o atendimento prestado pelos trabalhadores da equipe de saúde, que têm sido apontados como importantes mediadores de tal proposta (REIS, PATRÍCIO; 2005).

A atenção ao parto e nascimento tem sido marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL; 2001).

Pesquisa realizada com trabalhadores do CO do mesmo hospital universitário em que será desenvolvida a presente investigação aponta como fator preocupante a falta de participação das parturientes nas decisões sobre o seu parto. Em diferentes situações os trabalhadores desconsideram o protagonismo das mulheres na cena de seu parto, relatando que raramente as parturientes são informadas sobre os procedimentos realizados. Na maioria das situações não é permitida a participação das mulheres no processo decisório das práticas adotadas (CARVALHO; 2011).

A implementação do PHPN requer o envolvimento dos profissionais que, além da capacidade e sensibilidade para reconhecer que o momento do parto é ímpar, tanto para a mãe como para o bebê, precisam compreender que a forma como é assistido e vivenciado este processo pode ser decisiva para a promoção de uma maternidade segura (BUSANELLO; 2010).

Esse não é um processo fácil, porque envolve os diversos trabalhadores da assistência direta no cenário do parto que, muitas vezes, não foram capacitados para a mudança no enfoque assistencial tão necessária para efetivação da proposta de parto humanizado. Percebe-se que, na realidade dos serviços, muitas das recomendações preconizadas pelo PHPN, ainda não estão sendo introduzidas, ou encontram resistências para sua efetivação. Um estudo realizado em dois hospitais de uma cidade do Paraná, que adotam o PHPN desde 2002, revelou que os fatores institucionais, evidenciados nas dificuldades de organização desses serviços de saúde e, especialmente, a insensibilidade dos profissionais à importância deste

programa, significaram obstáculos para a implementação do modelo humanizado do parto e nascimento (NAGAHAMA, SANTIAGO; 2008).

No estudo de Carvalho (2010), foi evidenciado que a maioria dos trabalhadores atuantes no CO, desconsideram as recomendações do MS sobre o parto normal e continuam empregando práticas consideradas prejudiciais ao parto. Um dos aspectos apontados foi que, a opinião de alguns trabalhadores tornou-se verdadeira e em alguns casos até mesmo superior às orientações do MS. Isso significa que, na prática, as ações desenvolvidas não seguem as recomendações do MS, sendo direcionadas pelo entendimento dos trabalhadores e a forma que acreditam ser a mais adequada.

Entende-se que é preciso que haja além do comprometimento e adesão dos profissionais da assistência direta às mulheres e RN, o comprometimento dos gestores com a proposta do PHPN, no sentido de influenciar e transformar esse tipo de situação assinalada pelo estudo de Carvalho (2010). Existe a necessidade de mudar a cultura dos hospitais, com a organização de uma assistência realmente voltada às necessidades das mulheres e suas famílias (DIAS, DOMINGUES; 2005).

Compete ao gestor tomar a iniciativa de estabelecer um processo de discussão, com intuito de fomentar a mudança de comportamento. Esta mudança tende a ser lenta, porque onde as regras e rotinas são conhecidas o trabalho torna-se confortantes, sendo assim necessita-se de tempo para desenvolver e concordar com novas políticas (ENKIN, 2008).

De forma específica, o gestor hospitalar tem como desafio se envolver com o trabalho de toda a equipe, no contexto micro e/ou macro. Além disso, precisa empenhar-se em conhecer as patologias para as quais o hospital é especializado, as necessidades das pessoas que ali internam, bem como as alternativas de tratamento. Quanto mais o gestor hospitalar se envolver com estes aspectos, mais chance de implantar a humanização no ambiente hospitalar que dirige (LOUSADA, STANG, CALABREZ; 2008).

Quando o gestor percebe que a qualidade de seus serviços está ligada ao atendimento das necessidades do paciente, com a competência dos procedimentos, com a atenção e com as relações interpessoais entre profissionais, entre profissionais e pacientes, entre hospital e sociedade, ele consegue administrar sua instituição mantendo a humanização como padrão de qualidade (LOUSADA, STANG, CALABREZ; 2008).

Reflete-se que podem existir diversos problemas por parte dos serviços de saúde, que desafiam a concretização da atenção humanizada ao parto. A visibilidade destes problemas pode auxiliar na construção de estratégias para a validação do PHPN. No entanto, é

imprescindível a conscientização de gestores e trabalhadores da saúde de que a qualidade da assistência prestada à parturiente está intimamente vinculada às ações efetivas para a humanização do processo de parturição.

Na realidade do local de estudo no município do Rio Grande, ainda não há um protocolo de atendimento baseado em evidências científicas e nem uma assistência baseada nas diretrizes do PHPN, o que pode comprometer a atenção à saúde da mulher (CARVALHO, 2011).

Na tentativa de contribuir para a efetivação desse programa, questiona-se: Qual a percepção dos gestores do Hospital Universitário Drº Miguel Riet Correa Júnior sobre a implementação da proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Conhecer a percepção dos gestores do Hospital Universitário Drº Miguel Riet Corrêa Junior sobre a implementação da proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado.

2.2. Objetivos Específicos

- Investigar o conhecimento dos gestores do Hospital Universitário Drº Miguel Riet Corrêa Junior sobre a proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado;
- Averiguar as fortalezas e as fragilidades apontadas pelos gestores do Hospital Universitário Drº Miguel Riet Corrêa Júnior para a implementação da proposta do Ministério da Saúde em relação ao Parto Humanizado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Humanização do Cuidado

O cuidado em saúde significa acolher e cuidar do ser humano, compreendido como um ser singular, autônomo e multidimensional. Para isso, é importante possibilitar reflexões sobre a necessidade de adotar novas posturas e procedimentos éticos diante da complexidade do ser, a fim de estabelecer a efetiva interação profissional-usuário nas relações de cuidado em saúde (MORESCHI; 2011).

Ao direcionar o cuidado de saúde aos princípios da humanização, é preciso aliar o cuidado técnico ao emocional, o que requer atitudes éticas, como apresentar-se para o outro, buscar compreender suas angústias e fortalecer o usuário do sistema de saúde para o enfrentamento das dificuldades (SILVA, 2002).

O cuidado humanizado compreende todos os procedimentos realizados com o usuário, desde sua admissão no setor, até os cuidados mais complexos que ele necessitar; é a aproximação entre os diferentes profissionais da saúde e os sujeitos do cuidado. Os usuários necessitam de carinho, compreensão e explicação sobre os procedimentos que serão executados, é preciso enxergá-lo como uma pessoa importante, pois, geralmente ele necessita da manifestação de afeto e apoio. O cuidado humanizado, quando realizado com competência e respeito, pode ajudar o sujeito a tornar-se confiante e estimulá-lo a enfrentar as dificuldades, aceitar o tratamento e a restabelecer-se, pois, muitas vezes, vale mais uma palavra de carinho e de consideração, do que uma medicação (CAMARGO, DIAS; 2002).

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. É resgatar a importância dos aspectos emocionais do usuário, assumindo uma postura ética de acolhimento e de reconhecimento dos limites. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. Trata-se de um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável (BRASIL, 2004)

Magalhães et al (2004) relatam que humanizar é preciso, visto que a valorização indiscriminada dos aspectos tecnológicos, não levando em consideração a subjetividade, a solidariedade, o toque e a interação humana, pode gerar uma assistência centrada na máquina, na doença e não no ser humano. Assim, reintegrar o humano, no cuidar, é fundamental na área da saúde.

Segundo o mesmo autor, o aspecto humano do cuidado é um dos mais difíceis de serem implantados, pois, na maioria das vezes, os membros da equipe de saúde se esquecem de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

Humanizar não é técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda atividade das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer um tratamento que todos merecem dentro das circunstâncias peculiares que se encontram em cada setor do hospital (CAMARGO, DIAS; 2002).

De acordo com Boff (2006) o cuidado humanizado é uma relação em que um ser humano se preocupa e se responsabiliza pelo outro, que se envolve e se deixa envolver com a vida e o destino do outro, mostrando solidariedade e compaixão.

A utilização do termo “humanizar”, vinculado à assistência de parturientes, tem como princípio melhorar as condições do atendimento à mulher, RN e família, por meio da reivindicação de ações que visam a autonomia, a liberdade de escolha, a equidade e a não violência de gênero (BRASIL; 2004).

Desde o final da década de 1990, a expressão “humanização do parto” tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) para se referir a uma série de políticas públicas promovidas com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e/ou do Banco Mundial e com a colaboração ou parceria de diversos atores sociais, como Organizações Não Governamentais (ONGs) e entidades profissionais (HOTIMSKY, SCHRAIBER; 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção humanizada ao parto envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL; 2001).

Nesta concepção, a humanização tem como foco a qualificação da atenção, envolvendo preocupações com o respeito e promoção de direitos humanos da mulher que recebe assistência, com treinamento ou formação dos profissionais e evidências científicas que norteiam as rotinas assistenciais, bem como com a disponibilidade de instalações físicas e recursos tecnológicos (BRASIL; 2001).

Segundo Bosio (2009), a qualidade da atenção refere-se a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde.

As ações preconizadas pelo MS estão fundamentadas no guia de recomendações ao parto normal, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996). A partir deste, as práticas desenvolvidas no parto normal são classificadas em quatro categorias: dependendo de sua utilidade e eficácia, ou seja, em práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em relação as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e, finalmente, em práticas freqüentemente usadas de modo inadequado (BRASIL, 2001).

Assim, com base na proposta de humanização, o desenvolvimento destas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres. Entretanto, na realidade de muitos serviços de saúde, muitas destas recomendações ainda não foram introduzidas, ou encontram resistências para sua efetivação nos Centros Obstétricos (REIS; PATRICIO, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; FUSTIONI, 2008).

No Brasil as recomendações da OMS vêm sendo sistematicamente desconsideradas. É o caso de condutas que deveriam ser estimuladas durante o trabalho de parto, como a presença de um acompanhante, oferta de líquidos, uso de técnicas não invasivas para alívio da dor como massagem, banho, relaxamento e liberdade de posição no parto. Inclusive, alguns procedimentos que são considerados danosos ou ineficazes, que deveriam ser eliminados, como uso rotineiro de enema, de episiotomia, esforços expulsivos dirigidos, continuam a fazer parte do dia-a-dia da maioria dos serviços (www.redesaude.org.br).

Buscando contemplar a humanização do atendimento às parturientes, é necessário um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (BRASIL, 2000).

Reforçando os princípios previstos para a humanização da atenção à parturição, foi aprovada em 2005 Lei 11.108/05, que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005a). Somando esforços, a Portaria GM 2418/05 acrescenta que a presença de um acompanhante durante o processo do parto, pode reduzir a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor, o número de cesáreas, a depressão pós-parto e favorece a amamentação. O direito a um acompanhante vigora não apenas para as parturientes atendidas pelo SUS, mas também às mulheres assistidas nas instituições privadas (BRASIL, 2005b).

Nos dias de hoje o papel do pai no percurso da gestação e no momento do parto, é de fundamental importância para a mulher. É essencial a presença do pai durante as consultas médicas do pré-natal, nos exames de rotina e também na hora do parto, seja parto normal ou cesariana. Antes o parto era visto como um momento muito particular entre mãe e bebê. Agora passa a ser um momento único para a mãe, o pai e o bebê.

O processo de acompanhar o desenvolvimento da gestação une mais o casal, e transmite maior confiança à mãe, que normalmente na fase gestacional está mais insegura e sensível. A participação do pai momento do parto encoraja a mãe e pode fazer com que ele tenha uma visão mais realista do que é o universo feminino, com seus medos, suas dores e suas dificuldades.

Na obstetrícia moderna, houve uma rápida expansão no uso das tecnologias, com o intuito de desencadear, acelerar, regular ou monitorar o processo de parto, para melhorar a saúde das mães e RNs. Todas as tentativas foram no sentido de aperfeiçoar a qualidade da assistência ao parto, no entanto, muitas vezes, levaram à adoção de intervenções inapropriadas, desnecessárias ou arriscadas. A OMS, reprovando essas práticas, propôs uma mudança de paradigma na assistência ao parto em que o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural (OMS, 1996).

Pode-se perceber que existe uma rotinização de práticas prejudiciais ao parto, visando facilitar a assistência ao parto para o trabalhador, e não como forma de prover benefícios para a parturiente e seu bebê. Cabe ressaltar que o objetivo da assistência ao parto é realizar o menor nível de intervenções ao parto que garantam a saúde da mãe e de seu bebê (HOTIMSKY, SCHRAIBER; 2005).

A humanização tende a ficar comprometida quando nos deparamos com o acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a intensa jornada de trabalho e a sobrecarga dos profissionais. Nesse contexto, emoções, crenças e valores do paciente ficam em segundo plano. A ênfase do trabalho é cada vez mais centrada na doença, fragmentando a pessoa que precisa de cuidados, a qual é reduzida a um conjunto de órgãos que são estudados/tratados separadamente, de forma dissociada e despersonalizada (MALDONADO, CANELLA; 2003).

A partir dessa perspectiva, para humanizar o cuidado é indispensável motivar os cuidadores para que estes possam buscar um novo agir, é necessário romper com práticas que estão cristalizadas na atuação profissional, sendo imprescindível uma disposição para aceitar o novo e buscar soluções adequadas ao melhor cuidado repercutindo na qualidade da assistência. É necessário ser bom ouvinte, expressar um olhar atencioso, tocando e confortando (ORÍ, MORAIS, VICTOR; 2004).

Ao se refletir acerca da humanização do cuidado, é preciso pensar em todos os aspectos que envolvem esse conceito, como o preparo e a formação dos profissionais. É fundamental que, na formação dos acadêmicos da área da saúde seja desenvolvida, especificamente, a sensibilidade para conhecer a realidade do cliente, ouvir suas queixas e encontrar possibilidades que facilitem sua aceitação, comunicação e compreensão da doença (MARTINS, 2001; CAVALCANTE, 2003).

Estudo realizado com alunos de medicina aponta entendimentos variáveis acerca do tema humanização, alguns participantes identificam a humanização como um termo que se refere à esfera das relações entre os diversos sujeitos envolvidos na assistência e a um conjunto de rotinas assistenciais. Outros entendem que o termo humanização relaciona-se ao respeito e ao cuidado que a equipe profissional e o hospital têm com as gestantes (HOTIMSKY, SCHRAIBER; 2005).

Em relação ao parto humanizado, Hotimsky e Schraiber (2005) relatam que no contexto da formação médica, a relevância atribuída à noção de humanização do parto é variável, vai desde a absoluta falta de menção nas disciplinas obrigatórias até o uso do termo na declaração da missão de ensino da faculdade, nas ementas de disciplinas e/ou a presença dos manuais técnicos do MS nas bibliografias recomendadas.

Os estudantes podem ser atores da mudança de comportamento, pois têm acesso à bibliografia científica que demonstra as práticas que devem ou não ser utilizadas. Entende-se que os alunos reproduzem o que lhes é ensinado nas salas de aula e nos campos de prática,

inclusive, muitas vezes agindo como se não houvesse uma base técnica e científica de sustentação para a alteração de técnicas tradicionais (CARVALHO, 2011). O conhecimento científico é indispensável para a formação, o ensino teórico não pode estar desvinculado da prática, que deve propiciar ao aluno a experiência no cuidado da mulher durante o parto.

Quanto aos profissionais que atuam na obstetrícia estes devem ter uma formação voltada para a valorização do parto humanizado, entendendo a humanização como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis.

É fundamental que o profissional saiba executar intervenções básicas para o manejo da assistência ao parto e tenha conhecimento técnico e científico para detectar anormalidades e encaminhar a mãe e o RN para um nível mais complexo de assistência. Para isso, ele deve ter o conhecimento de sua competência, autonomia e limites de atuação respaldados na legislação do exercício profissional. É importante ter um docente qualificado, competente e habilidoso, em constante atualização quanto às evidências científicas, com experiência em parto convencional e humanizado (SILVEIRA, RIESCO; 2008).

Dessa forma, como o próprio MS recomenda, é fundamental que não ocorra um descompasso entre discurso e a prática e que a distância entre o que se recomenda e que se faz possa ser reduzida através da adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa, de forma a propiciar às mulheres brasileiras um parto verdadeiramente humanizado.

Faz-se necessário que a instituição hospitalar esteja comprometida com o processo de humanização, buscando sempre meios de proporcionar bem-estar a toda a equipe integrada no processo de saúde, mantendo os profissionais atualizados nos avanços tecnológicos e acadêmicos, criando condições materiais, físicas e psíquicas para cuidar do paciente, proporcionando segurança e confiança (LOUSADA, STANG, CALABREZ; 2008).

É importante perceber que a orientação por parte das organizações responsáveis pela saúde do Brasil e do mundo, sobre a forma de atendimento ao parto e nascimento existe, neste momento os profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e formuladores de políticas carecem pensar nas formas de promover as mudanças necessárias. Pois a resistência às mudanças não passa apenas por questões técnicas, mas também, por expectativas, percepções, preferências e conveniência de profissionais e pacientes quanto ao parto e sua assistência. Influi, também, a estrutura física dos serviços, as distorções do acesso ao leito obstétrico, as

questões relacionadas ao financiamento do sistema de saúde e a cultura sexual e reprodutiva (www.redesaude.org.br).

Em geral, segundo dados do MS, há necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. No interior desse processo o MS inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

3.2. Hospitais Universitários (HUs) e Humanização da Assistência

Segundo o Ministério da Educação, os HUs são unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestar serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem também, suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e custos operacionais (BRASIL, 2006).

Os HUs foram criados a partir da necessidade de unidades onde se pudesse praticar o ensino para profissionais da área de saúde, além da realização de pesquisas. A assistência em saúde prestada por estes hospitais era determinada pelas necessidades do ensino e da pesquisa. É um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, promove treinamento universitário, são reconhecidos oficialmente como hospital ensino, estão submetidos à supervisão de autoridades competentes; e propiciam atendimento de maior complexidade a uma parcela da população. Estão pouco integrados aos demais níveis de atenção e têm certa autonomia gerencial em relação aos sistemas de saúde, acabam atendendo a todos os níveis de atenção, por isto são mais caros e não somente por incorporarem atividades docente-assistenciais (MÉDICI, 2001).

O financiamento dos HUs é realizado através de múltiplas fontes, dependendo de onde está enquadrado o hospital quanto à sua forma jurídica. Os HUs públicos se mantêm com recursos dos orçamentos público federal, estadual ou municipal, acrescidos de recursos de transferências públicas convênias (custeio ou investimento de reformas, ampliações, compra de equipamentos e outros) e o pagamento de sua produção, feitos com recursos do SUS. As fontes de financiamento público federal são oriundas de percentual da Seguridade Social como recursos de origem fiscal (impostos) e de contribuições sociais (sobre a folha de

peçoal, sobre o lucro, sobre o faturamento e mais recentemente sobre a movimentação financeira) (BITTAR, 2002).

Devido ao fato dos HUs serem caros, seu equilíbrio financeiro é um grande desafio que depende da receita e dos custos. A receita é pouco negociada, uma possível solução passa pela gestão dos custos internos. Os hospitais não têm um total controle sobre as receitas, o preço do serviço prestado que determina a receita SUS não é negociado e sim estabelecido pelo MS, até porque, a grande maioria dos hospitais não dispõe de estimativas de valores de custos para esta negociação. Os recursos do SUS representam parcela representativa do financiamento hospitalar e sua tabela de remuneração por procedimento, não permite a cobertura integral dos custos de um hospital. Sabe-se que o volume de recursos para manter uma estrutura complexa como a dos HUs exige um rigoroso controle por parte dos gestores, visando o processo de gestão da unidade hospitalar no contexto de sistema de saúde, incluindo em suas atividades a otimização dos serviços com menores custos (DALLORA, FORSTER; 2008).

No entanto, diminuir custos em hospitais é uma tarefa delicada pela própria natureza dos serviços prestados. Apesar dessas dificuldades, o gerenciamento de custos hospitalares, com vistas à otimização dos recursos, é necessário e um importante fator para o tão almejado equilíbrio financeiro e o aumento da qualidade da atenção prestada.

Para o gestor, que é a pessoa responsável por decidir sobre a alocação de recursos limitados frente a uma demanda cada vez maior de intervenções, o problema vai além de resolver a identificação dos benefícios ao paciente, mas necessita, também, identificar o custo da intervenção. Uma distribuição de recursos deve considerar quem irá se beneficiar e quem deve arcar com os custos envolvidos (BRASIL, 2009).

O melhor gestor de custos é quem conhece profundamente as atividades desenvolvidas na unidade e não quem reúne apenas os conceitos relacionados à contabilização dos custos. O conceito de custo deve ser compreendido, como sendo além de uma questão econômica, uma questão também comportamental. Os custos são aspectos fundamentais da gerência. O esforço para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde passa pelo denominado gerenciamento sistemático da assistência à saúde que tem em seus princípios a responsabilização dos profissionais de saúde pelo custo dos serviços prestados e também, que a prestação de serviços deve ser gerenciada no dia-a-dia. Este princípio encoraja uma utilização criteriosa e racional dos recursos tecnológicos e chama a atenção que não se podem desvincular as dimensões técnicas das financeiras (DALLORA, FORSTER; 2008).

A qualidade dos serviços de saúde e do cuidado em saúde depende de uma articulação complexa do processo de trabalho da equipe multidisciplinar com as condições de infraestrutura, dos serviços e do sistema de saúde, tendo a gestão um papel importante nessa articulação.

As organizações hospitalares são consideradas complexas, pois desempenham papéis importantes nos mais variados setores da sociedade. Os modelos gerenciais adotados e as restrições de financiamento têm repercussão direta, limitando as possibilidades de desenvolvimento de experiências criativas por parte da direção dos hospitais para dispor de insumos, de equipamentos, de uma estrutura física adequada, de condições de funcionamento que possibilitem o hospital continuar atendendo à sua demanda (LOUZADA, STANG, CALABREZ; 2008).

A avaliação econômica da saúde assume um papel de destaque, exigindo dos gestores o enfrentamento de novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades. A qualidade associada à utilização racional dos recursos deve ser o novo desafio (DALLORA, FORSTER; 2008).

Acredita-se que o gerenciamento adequado de materiais e medicamentos, desde o planejamento até o consumo pelos pacientes é aspecto importante dos custos hospitalares. E, quando envolve um HU soma-se a isso uma série de questões que dificultam as transformações até mesmo assistenciais, uma vez que todas as ações que envolvem custos, recursos, estrutura estão atreladas a normatizações e políticas governamentais.

O financiamento dos hospitais universitários é um processo importante para a saúde pública de qualquer país, pois está sob sua responsabilidade a formação dos profissionais de saúde que atuarão na rede básica e nos hospitais públicos e privados. No entanto, o grau de autonomia conferido aos hospitais públicos da administração direta é extremamente limitado, fazendo com que a admissão, administração e demissão de pessoal torne-se um processo penoso, lento, com dificuldades na seleção e manutenção de bons profissionais; processos de compras são demorados, pouca agilidade nos pagamentos levando a um encarecimento do processo e do produto (BITTAR, 2002).

Apesar das questões relatadas, o modelo de gestão adotado pelos HUs deve ser de excelência e servir de exemplo para demais unidades e aos profissionais de saúde, especialmente pelo seu caráter de ensino. Isso significa entender que estes hospitais necessitam ser os primeiros a adotar os modelos de atenção à saúde preconizados pelo MS,

os quais são embasados em estudos científicos e buscam promover esse caráter de excelência no atendimento.

Uma das medidas governamentais que visa assegurar e garantir um modelo de atenção efetivo e articulado para as instituições de saúde em geral foi o lançamento da Política Nacional de Humanização, em 2003, que é uma política transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde (BRASIL, 2004).

O MS recomenda a adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, de capacitação técnica, gerencial, financeira, de atitude ética e humana do profissional envolvido com a atenção, proporcionando o atendimento humanizado (BRASIL, 2001).

A humanização no meio hospitalar busca suavizar a dor e o sofrimento dos pacientes. Como conseqüência, também resulta em redução de custos, pois acarreta em uma diminuição da permanência dos pacientes nas instituições hospitalares (LOUZADA, STANG, CALABREZ; 2008).

Segundo os mesmos autores, para que ocorra a implantação desta nova abordagem é necessário que as instituições hospitalares tenham à frente uma administração dinâmica, ousada, moderna, com uma mescla de formação administrativa e humanitária. Precisa implantar uma rotina de cursos e treinamentos, buscando a atualização e observando meios de proporcionar qualificação e bem estar aos seus profissionais.

Trazendo para o micro espaço da atenção obstétrica, há o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual já foi referenciado em capítulos anteriores. De acordo com Boaretto (2003), a Política de Humanização voltada para esse espaço está difundida, porém sua implementação é parcial. No estudo de Boaretto envolvendo maternidades do Rio de Janeiro, nas informações prestadas pelos diretores acerca das rotinas praticadas nos serviços, observou-se que a adoção dos procedimentos preconizados pelo PHPN ocorre seletivamente, sendo mais disseminada nos itens em que o consenso técnico entre os profissionais médicos é mais consolidado e menos intensa nos aspectos relacionados à redução de assimetrias na relação com a clientela, à redução de intervenções médicas, ao acolhimento e ao suporte emocional.

O PHPN é um processo lento, que exige uma série de estratégias concomitantes, principalmente por parte dos gestores. Algumas medidas são fundamentais, como a publicação de portarias e resoluções, que dão o suporte legal para que algumas práticas se concretizem, como, por exemplo, a regulamentação a presença do acompanhante nas maternidades municipais e também das portarias ministeriais que normatizam a assistência

por enfermeiras. Outros aspectos importantes são os investimentos nas maternidades, tornando esses ambientes mais acolhedores e propícios a uma assistência humanizada. A difusão de protocolos a todos os profissionais através de treinamentos de sensibilização e capacitação, manuais e rotinas escritas, é fundamental para o estabelecimento de uma nova cultura institucional, com ênfase à prestação de uma assistência voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias (BOARETTO, 2003).

Um estudo desenvolvido no sentido de averiguar a questão da humanização na ótica dos gestores chegou à conclusão de que

“...as concepções dos gestores e macrogestores pouco deram relevo aos produtores do cuidado e às peculiaridades de seu labor, revelando um foco deslocado do processo de trabalho que, na prática, é por onde se consolidariam “cuidados humanizados”. Uma vez abstraídos, imaterializados do seu processo de produção, os cuidados de saúde podem, enganosamente, ser interpretados por uma dimensão unicamente interacional, onde apenas dependeria da vontade e consciência aderir a projetos humanizadores. Leva-nos ainda a pensar a postura dos gestores e a escolha de processos gerenciais que podem apenas adotar o modelo de humanização da assistência de forma burocrática e passageira ou potencializar a adoção de uma lógica de atenção centrada na qualidade das relações humanas, na satisfação e responsividade de usuários e profissionais, no uso racional e compartilhado das tecnologias e na abertura de espaços para um verdadeiro exercício dos direitos dos pacientes” (DESLANDES, 2005, p. 624-625).

Para atender a proposta do PHPN são necessárias medidas eficazes, como já foi mencionado anteriormente, na questão de infra-estrutura, de recursos humanos, entre outros, porém para que isso ocorra é preciso muito mais do que a vontade dos gestores e trabalhadores envolvidos. Para resolver a questão da falta de profissionais para um HU, por exemplo, só mediante a realização de concurso público, e para que este ocorra é necessária a liberação de vagas pelo governo federal.

Como os processos de concursos públicos são demorados, uma forma encontrada pelas administrações hospitalares para dar continuidade ao atendimento, reduzindo a problemática da falta de profissionais é a contratação indiscriminada de trabalhadores através de Fundações. Outra forma também utilizada são as terceirizações e contratação de profissionais como autônomos.

Outra questão bastante desgastante e que preocupa refere-se a compra de materiais, aquisição de medicamentos, realização de obras, entre outros, pois para que todos estes procedimentos ocorram existem protocolos a serem cumpridos, é necessário a realização de

licitações de compras e contratações, fazendo assim com que todo o processo seja demorado e cansativo para a administração.

A lei nº 8666 de 21 de Junho de 1993, estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Encontram-se subordinados a esse regime de Lei os órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1993).

Obras, serviços, compras, alienações, concessões, permissões e locações da Administração Pública, quando precisam ser contratadas, são necessariamente precedidas de licitação. A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a administração e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório, julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos (BRASIL, 1993).

Oportunamente cabe lembrar que o Decreto nº 7.082 de 27 de Janeiro de 2010, institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, o qual dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais (BRASIL, 2010a).

Este programa irá se orientar pelas seguintes diretrizes:

“Instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012; melhoria dos processos de gestão; adequação da estrutura física; recuperação e modernização do parque tecnológico; reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde” (BRASIL, 2010a).

Para os efeitos deste decreto, qualquer que seja o financiamento efetuado, este será de responsabilidade dos Ministérios da Educação e da Saúde, salvo, as despesas com inativos e pensionistas.

O Plano de Reestruturação do Hospital Universitário deverá conter:

“Diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos; especificação das necessidades de reestruturação da infraestrutura física e tecnológica; análise do impacto financeiro previsto para desenvolvimento das ações de reestruturação do hospital; elaboração de diagnóstico da situação de recursos humanos e proposta de cronograma para a implantação do Plano de Reestruturação, vinculando-o ao desenvolvimento de atividades e metas” (BRASIL, 2010a).

Visando ter maior agilidade nas questões referentes à contratações de pessoal e administração dos HUs a Medida Provisória Nº 520, de 31 de dezembro de 2010, autoriza o Poder Executivo a criação de uma empresa pública, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH, ficando o Poder Executivo autorizado a criar esta empresa sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado (BRASIL, 2010b)

A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, assim como a prestação, às instituições federais de ensino ou instituições congêneres, de serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. As atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial estão inseridas integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Compete à EBSEH:

“Administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS; prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social; apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação da residência média multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS; prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres; prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas e exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social” (BRASIL, 2010b).

A organização como empresa possibilitará a contratação de profissionais sob regime celetista e o estabelecimento de um regime de remuneração e gestão de pessoal compatível

com a realidade do setor. Esta é componente fundamental do projeto para permitir a gestão com a necessária autonomia e flexibilidade necessários à prestação de serviços hospitalares. Questão importante a ser solucionada com a implementação do novo modelo será a regularização da situação criada com a proliferação de contratações irregulares de terceirização de mão de obra (BRASIL, 2010b).

Os servidores públicos atualmente dedicados às atividades específicas dos hospitais universitários manterão o seu vínculo por meio de cessão à empresa, com ônus para esta, preservadas desta forma as equipes que já atuam nestas instituições. Para a imediata instalação da empresa sem descontinuidade, poderão ser recrutados quadros de pessoal celetista por meio de contratação temporária em processo seletivo simplificado, baseado em análise de *curriculum vitae*. Esse mecanismo permitirá o reconhecimento da experiência profissional dos empregados atualmente contratados por fundações de apoio, os quais poderão ser beneficiados pelo reconhecimento dessa experiência quando se submeterem ao processo de recrutamento (BRASIL, 2010b).

O formato empresa pública permitirá uma autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos próprios de compras e contratações, contratação de pessoal e regime de remuneração alinhados com o mercado de trabalho. Operando com vários hospitais, terá oportunidade de obter ganhos de escala e especialização nos processos de compras, gestão de processos e pessoas. A empresa estará apta a captar recursos próprios provenientes da prestação de serviços, mediante contrato que estabelecerá metas de desempenho, indicadores e prazos de execução e uma sistemática de acompanhamento e avaliação de resultados (BRASIL, 2010b).

A solução proposta tem como precedente as experiências de autonomia na forma de empresa pública adotadas nos casos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, empresa pública federal vinculada ao Ministério da Educação - MEC e do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Saúde - MS. Trata-se de instituições dotadas de autonomia administrativa e orçamentária, gestão profissionalizada e mecanismos de governança colegiada que promovem a sua inserção estratégica no ambiente de atuação e na administração pública (BRASIL, 2010b).

3.3. Organização do Serviço de Saúde Hospitalar para a Implantação do Parto Humanizado: Uma Revisão Integrativa

A assistência obstétrica humanizada nos serviços de saúde hospitalar depende da estrutura organizacional das instituições e, principalmente, do empenho de todos os trabalhadores da saúde que atuam na assistência ao parto. É importante ressaltar que a Enfermagem tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com movimentos sociais feministas, em defesa do PHPN, contribuindo para sua implantação. Neste sentido, os profissionais de enfermagem têm sido reconhecidos, na equipe de saúde como o profissional que procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente.

Segundo a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), os profissionais devem ser qualificados e ter competência para executar a assistência no ciclo gravídico-puerperal, devendo também ter a paciência e a empatia necessária para dar apoio à mulher/gestante e sua família (BRASIL, 2000).

Porém, muitas das recomendações preconizadas pelo PHPN ainda não foram introduzidas, ou encontram resistências para sua efetivação nos Centros Obstétricos (CO). As práticas norteadas pela proposta de humanização prevêm atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde que contribuam para reforçar a atenção à saúde como um direito de todas as mulheres, voltada para o suporte emocional e o atendimento destas e do recém-nascido, sem interferir no processo fisiológico do parto, permitindo à mãe vivenciar esse momento de forma prazerosa e segura. Este modelo de assistência prevê que, durante a gestação, haja a oportunidade de estabelecer o plano de assistência ao parto, junto com o profissional que a atende a gestante.

O governo brasileiro tem priorizado as políticas públicas de atenção integral à saúde materno-infantil, assumindo compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e com a redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, justifica-se a relevância deste estudo, cujo foco está na importância da organização dos serviços de saúde para a implantação do PHPN. É necessário que haja um real envolvimento e a adesão de todos os trabalhadores da equipe de saúde, para facilitar a compreensão de que a forma como é assistido e vivenciado o parto pode ser decisivo para a realização de uma maternidade segura, com a sensibilidade de reconhecer que o momento do parto é único e singular.

Para compreender que ações as instituições que atendem gestantes e puérperas utilizam para promover o parto humanizado segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, realizou-se uma revisão integrativa, que consiste numa técnica de pesquisa como a finalidade de sumarizar pesquisas já concluídas, para obter novas conclusões a partir do assunto escolhido. Os estudos são analisados com base em seus objetivos, metodologia e resultados, sendo possível chegar a conclusões acerca de um corpo de conhecimentos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Após a definição do objetivo do estudo, prosseguiu-se com a etapa de levantamento bibliográfico, nas bases de dados BDEENF, SCIELO, CIDSAÚDE e LILACS, da Biblioteca Virtual em Saúde, no mês de junho de 2010, utilizando o descritor “parto humanizado”.

Os dados encontram-se apresentados no Quadro a seguir, com a discriminação dos estudos que fazem parte da amostra. Apresenta-se a relação entre as produções científicas que compuseram esta revisão, e os seguintes núcleos temáticos que emergiram da análise das mesmas: Estratégias evidenciadas para efetivar a implantação do Parto Humanizado; Obstáculos percorridos no decorrer da implantação do Parto Humanizado; A enfermagem como ponto chave na implantação do Parto Humanizado. Na seqüência do texto, esses núcleos temáticos são discutidos detalhadamente.

Art.	Ano	Periódico	Título	Objetivo	Acesso
Nº 1	2008	Rev. APS	Maternidade Segura: Relato de Experiência	Relatar a experiência da equipe multiprofissional na implantação do Projeto maternidade Segura na Maternidade Maria Barbosa de Montes Claros, Minas Gerais.	CidSaúde BDENF LILACS
Nº 2	2009	Rev. Enferm. UERJ	A Enfermeira Obstétrica: Agente Estratégico na Implantação de Práticas do Modelo Humanizado em Maternidades	Analisar as estratégias utilizadas para implantar o modelo humanizado na Maternidade Municipal Leila Diniz, localizada no Rio de Janeiro.	BDENF LILACS

Nº 3	2006	Rev Esc Enferm USP	Centro de Parto Normal e Assistência Obstétrica Centrada nas Necessidades da Parturiente	Divulgar nossa proposta de substituição da expressão “assistência humanizada ao parto”, por “assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente”, e de discorrer como essa assistência é prestada no centro de parto normal do hospital geral de Itapeverica da Serra.	BDENF LILACS
Nº 4	2009	Rev. Enferm. UERJ	Humanização e Desmedicalização da Assistência à Mulher: do ensino à prática	Discutir a inserção da faculdade de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro na humanização e desmedicalização da assistência à mulher no município do Rio de Janeiro	BDENF LILACS
Nº 5	2005	Ciência e Saúde Coletiva	Desafios na Implantação de uma Política de Humanização da Assistência Hospitalar ao Parto	Discutir as dificuldades de implantação de um novo modelo de assistência ao parto de baixo risco na estrutura hospitalar e na sistematização de um campo de trabalho da enfermeira obstetra	LILACS
Quadro 1: Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação, periódico, título, objetivo e acesso. Brasil, 2011.					

A partir da análise dos textos identificados No Quadro 1, pode-se observar que as publicações na área da humanização do parto aparecem a partir de 2005, o que demonstra um

atraso em relação à existência do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), lançado pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000.

Não foram encontrados estudos com a finalidade de avaliar o funcionamento e desenvolvimento das atividades prestadas nas instituições que já possuem o parto humanizado implantado em suas rotinas, mostrando assim uma lacuna nas produções científicas. Acredita-se que a partir de avaliações, pode-se visualizar como as instituições estão efetivamente funcionando, e com isso pode-se estabelecer parâmetros para a continuidade dessa assistência, fortalecendo a realização das práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Quanto à formação acadêmica dos autores, nota-se que há um predomínio da enfermagem na produção sobre o assunto, o que pode levar a pensar que esses trabalhadores estão mais preocupados e envolvidos com o tema.

Da leitura dos artigos emergiram três núcleos temáticos: Estratégias evidenciadas para efetivar a implantação do Parto Humanizado; Obstáculos percorridos no decorrer da implantação do Parto Humanizado; A enfermagem como ponto chave na implantação do Parto Humanizado.

Estratégias evidenciadas para efetivar a implantação do Parto Humanizado:

A análise dos artigos permitiu evidenciar que os serviços, em sua maioria, apresentam como estratégias para a implantação do parto humanizado a realização de encontros com o corpo clínico das maternidades, na forma de reuniões para discutir o assunto. Destacam a importância da realização de oficinas de sensibilização sobre o tema como forma de aproximação de médicos e enfermeiros obstetras, estabelecendo o trabalho em equipe como meta para a qualificação da assistência, com a participação efetiva de todos os envolvidos na assistência direta ou indireta à mãe e ao filho. Essa tarefa exige disponibilidade, conhecimento e sensibilização em relação ao tema (VERSANI et al, 2008; PROGIANTI; MOUTA, 2009).

Progianti e Mouta (2009) relatam que a aceitação da nova proposta da assistência humanizada por parte dos profissionais, depende não só de treinamentos de natureza intelectual, como também do estímulo ao compromisso e envolvimento dos agentes com a proposta, utilizando estratégias de sensibilização para que um novo modo de agir possa ser incorporado pelos profissionais.

Os mesmos autores mostram a necessidade de utilizar atividades pedagógicas, de linguagem corporal, expressas pelos movimentos do corpo, onde os temas são abordados sob a forma de dinâmicas corporais e de relaxamentos, pois este tipo de comunicação permite a

exteriorização do psicológico, sendo a sua principal função a demonstração dos sentimentos, além de envolver todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como gestos, expressões faciais, orientações do corpo, posturas, relação de distância entre os indivíduos.

Versani et al (2008) nos trazem como uma estratégia para a implementação do parto humanizado, a realização de intercâmbios entre maternidades que já possuem implantado o modelo de parto humanizado, possibilitando assim troca de experiências e uma maior aproximação com as práticas humanizadas na assistência à saúde da mulher e da criança.

O autor também demonstra a importância da elaboração de normas e rotinas da assistência que devem ser discutidas e aprovadas por toda a equipe, possibilitando o envolvimento, a participação e a clareza dos procedimentos além de estabelecerem responsabilidades e atribuições de cada membro da equipe profissional. A capacitação da equipe também é considerada como um passo importante para a implantação das normas e rotinas proporcionando uniformidade à assistência prestada de forma qualificada e humanizada à mulher e à criança.

Uma estratégia que emergiu na análise dos estudos foi a implantação da assistência aos partos de baixo risco por enfermeiros obstetras assessorando tecnicamente a implantação das práticas obstétricas humanizadas (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Normalmente, a atuação desse profissional é baseada no respeito aos aspectos da fisiologia do parto, à não intervenção desnecessária, ao reconhecimento dos aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e ao necessário suporte emocional à mulher e sua família. Diante de tudo isso, há maior possibilidade de: formação de laços afetivos familiares e do vínculo mãe-bebê; autonomia da mulher durante todo o processo, com a elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistem; garantia da presença de um acompanhante de sua escolha; informação sobre todos os procedimentos a que a mulher será submetida; e direitos de cidadania respeitados (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Assim, traz uma nova abordagem na assistência ao parto onde a mulher participa ativamente junto com seu acompanhante priorizando a presença constante do profissional junto da parturiente, disponibilizando suporte físico e emocional.

Obstáculos percorridos no decorrer da implantação do Parto Humanizado

Os serviços encontraram dificuldades (obstáculos) na realização da implantação do parto humanizado nas maternidades, como os relacionados à resistência intrínseca a cada

profissional devido à sua formação tecnicista, aos conflitos vinculados a procedimentos e condutas, a incorporação do núcleo familiar no processo assistencial e a descrença quanto à capacidade própria de mudar (VERSANI et al, 2008).

Progianti, Mouta (2009) relatam que mesmo com a realização de oficinas de sensibilização percebe-se que os médicos não desenvolvem as práticas obstétricas humanizadas como as instituições propunham, mostrando que suas práticas anteriores estão muito presentes.

Os autores deixam claro que há necessidade da realização de outras estratégias para que os médicos aceitem o modelo humanizado, sendo necessário recorrer a um treinamento intelectual, o qual não foi valorizado desde o início. Os mesmos autores trazem a necessidade que tiveram em sua experiência de convocar a assessoria de uma autoridade que fosse reconhecida pelo grupo, o que foi feito através da mudança da direção da Maternidade, de um pediatra para um obstetra. Esse tipo de atitude tinha o objetivo de que essa reconhecida autoridade servisse como instrumento de dominação, exercendo um poder simbólico.

Uma das dificuldades ressaltadas por Dias e Domingues (2005) é a entrada da enfermagem obstétrica no espaço que hoje é ocupado pelos médicos obstetras, a qual tem provocado divergências entre estas categorias, dificultando a implantação da política de humanização. Embora haja evidências científicas para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, isso implica na perda de poder.

Abandonar rotinas que adéquam o trabalho de parto (TP) ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência. A formação médica, centrada no modelo biologicista seduzido pela tecnologia, teria dificuldades em proporcionar ao profissional médico os atributos necessários para a assistência ao parto desta forma. A visão do TP e do parto como eventos de risco e a necessidade de incorporá-los ao processo de produção do hospital provocam uma tentativa de regulação e controle do parto pelos médicos, levando a interferências (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Com a sua formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto, a maioria dos médicos obstetras encara os partos como situações de risco e de necessário acompanhamento médico.

O uso intensivo de tecnologia com conseqüentes intervenções faz parte da necessidade de oferecer segurança, mas isso não exclui o médico obstetra do processo de humanização da

assistência. Pelo contrário, deixa evidente, os desafios que estes profissionais precisam superar para tentar modificar sua rotina de assistência aos partos de baixo risco atuando mais como cuidadores do que efetivamente como “especialistas” em patologia obstétrica (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Como a assistência prestada pelos enfermeiros propõe-se idealmente a acontecer em um modelo de atenção voltado para o cuidado, um enfrentamento com as condutas mais intervencionistas adotadas pelos médicos torna-se inevitável. A utilização de recursos alternativos para a condução do TP como as massagens, banhos de chuveiro ou banheira, a adoção de posições durante o trabalho de parto são encaradas pelos médicos como pouco científicas e inapropriadas e a utilização de posições verticais na assistência ao parto foi um motivo de estranhamento entre os profissionais (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Os autores ainda trazem que a falta de enfermeiras obstetras no mercado de trabalho contribui para dificultar a implementação do PHPN. O número de profissionais é insuficiente comparando-se com a demanda necessária.

A enfermagem como ponto chave na implantação do Parto Humanizado

Ao analisar os artigos constata-se que as enfermeiras obstétricas que participaram por oficinas de sensibilização conseguiram incorporar as práticas humanizadas, tanto na abordagem como no desenvolvimento de habilidades específicas. É possível perceber que a sensibilização como estratégia para modificar um hábito profissional só poderá ter efeito em pessoas que já tem disposições em seus hábitos anteriores para essa modificação, o que foi evidenciado com as enfermeiras, tornando-se então um agente estratégico para a implantação e desenvolvimento das práticas humanizadas nas maternidades (VERSANI et al, 2008; PROGIANTI; MOUTA, 2009).

Para Progiante e Mouta (2009), os profissionais de enfermagem como agente estratégico na implementação do PHPN serviriam como um elo facilitador para que os profissionais, tanto enfermeiras obstétricas quanto médicos, pudessem implantar a assistência aos partos de maneira humanizada.

Mas para que a enfermagem seja valorizada nesse campo é necessário que a implementação desses valores inicie-se na academia. Com esse propósito, Moura, Lopes e Santos (2009) relataram sua experiência de inserção da faculdade de enfermagem nessa mudança, onde o corpo docente e os enfermeiros dos campos de estágio da Faculdade foram capacitados em cursos e oficinas de trabalhos, objetivando formar enfermeiros voltados para a

prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde, na perspectiva de humanização e integralidade de suas ações, rompendo com o modelo biomédico nas práticas docentes da enfermagem na atenção à mulher, a fim de desmedicalizar essa assistência.

Os autores ainda afirmam que a instituição começou a instrumentalizar os enfermeiros obstétricos para questionarem a superioridade e o saber médico autoritário, com o intuito de estabelecer relações menos assimétricas nos campos de práticas.

A formação profissional do enfermeiro obstetra, mais voltado para o cuidar, tem sido considerada aquela que possibilita ao profissional uma abordagem diferenciada na condução do TP, priorizando aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como único, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central e que quando acompanhada por essas profissionais necessitam de menos analgésicos, ocorrem menos intervenções e os resultados finais são melhores que aqueles produzidos pela assistência médica convencional (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A humanização da assistência ao parto deve incluir diferentes aspectos. Alguns estão relacionados com a mudança da cultura hospitalar, com a organização de uma assistência direcionada para as necessidades das mulheres e suas famílias. É necessária uma mudança na cultura das instituições que prestam assistência ao parto e ao nascimento. A busca pela qualidade da assistência implica em modificar as práticas individualistas para assumir práticas coletivas que envolvam todos os profissionais que prestam assistência à mulher e à criança direta ou indiretamente, de forma igualitária.

Toda a equipe deve estar atenta no sentido de oferecer-lhe apoio e atenção; de respeitar suas crenças e valores, seus medos e suas necessidades. A maior parte das instituições não prioriza a individualidade, a cultura e os costumes de cada mulher, submetendo-as a rotinas pré-estabelecidas pela organização. Para evitar essa situação, a instituição deve preocupar-se com as necessidades da cliente, oferecendo uma equipe multiprofissional qualificada, materiais e equipamentos adequados e uma estrutura física confortável.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo:

Estudo qualitativo, exploratório, recorte da macro-pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, envolvendo os Hospitais Universitários da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)¹.

Está voltado para uma abordagem qualitativa, definida como aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Essa abordagem trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; 1994).

Também se caracteriza como sendo exploratório que, segundo Gil (1999, p. 43): “tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias”, e tem como objetivo “proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de um determinado fato”.

4.2. Local do Estudo:

O local do estudo foi o Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Júnior (HU), da Universidade Federal do Rio Grande, município do Rio Grande/RS.

O HU do Rio Grande é um hospital público que integra o patrimônio da União e a rede de serviços que compõe o SUS. Tem como finalidades o ensino, a pesquisa e a extensão. É vinculado à Universidade Federal do Rio Grande/ FURG, constituindo-se em campo de estágio para diferentes cursos de graduação da área da saúde.

Essa instituição caracteriza-se como sendo um hospital de grande porte, com 190 leitos, distribuídos nas diferentes áreas: Pediatria, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Maternidade, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e UTI Geral. Possui ainda Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico,

¹Pesquisa multicêntrica “Atenção humanizada ao Parto de adolescentes” com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq Processo Nº551217/2007-3. Coordenadora geral da pesquisa Profª Drª Nalú Pereira da Costa Kerber da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. A pesquisa envolveu duas universidades públicas no Estado do Rio Grande do Sul: a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), no município do Rio Grande, e a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), no município de Pelotas. Os sujeitos foram as puérperas adolescentes que tiveram seus partos realizados pelo SUS nos centros obstétricos (COs) dos hospitais do estudo, familiares ou acompanhantes das adolescentes que estiveram presentes durante o processo de parturição, trabalhadores atuantes nos COs e os gestores das instituições envolvidas. A coleta de dados foi realizada, de forma ininterrupta, no período de novembro de 2008 à outubro de 2009.

Ambulatório com diversas especialidades, Laboratório de Análises Clínicas, Raio X, Ultrassom, Tomografia, Lavanderia, Costura, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Farmácia de Manipulação e Dispensação, Almoxarifado, Serviço Social, Psicologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Central de Material e Esterilização (CME), Hospital-dia para AIDS, Centro Integrado de Diabetes (CID), Ambulatório de Doenças Crônicas, Centro de Oftalmologia.

4.3. Contexto do Estudo:

O Centro Obstétrico (CO) do HU-FURG, em funcionamento desde 1992, localiza-se no andar térreo deste hospital, ao lado do centro cirúrgico. Sua área física é composta por uma sala para consulta, uma sala para exame, uma sala de pré-parto com três leitos, uma sala de parto, uma sala para reanimação do recém-nascido, expurgo, banheiro e copa para uso dos funcionários, funcionando 24 horas/dia, de forma contínua.

A equipe profissional que atua nesse espaço de trabalho é composta por uma enfermeira e uma técnica/auxiliar de enfermagem em cada turno de trabalho, manhã e tarde. O turno da noite é realizado em esquema de 12/36 horas; e plantão médico 24 horas, sendo atualmente a equipe médica composta por nove médicos concursados, oito médicos contratados e um médico residente.

4.4. Sujeitos do Estudo:

Foram sujeitos deste estudo, os gestores do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. A gestão do HU é composta de um Diretor e um Vice-Diretor, um coordenador de infra-estrutura com um adjunto; um coordenador de medicina com um adjunto; e um coordenador de enfermagem com um adjunto. O grupo de gestores que tiveram disponibilidade e aceitaram participar da pesquisa, ficou constituído de quatro (04) participantes. Os entrevistados encontravam-se nos cargos de gestão no período da coleta. O Organograma que explicita a organização da Gestão do HU encontra-se no Anexo A.

4.5. Coleta dos Dados:

Os dados para esta investigação foram extraídos do banco de dados da macro-pesquisa, referentes às entrevistas realizadas individualmente com os gestores do HU/FURG (KERBER, 2007). O instrumento que compõe o banco de dados e de onde serão extraídas as questões respondidas pelos gestores encontra-se discriminado no Anexo B.

4.6. Análise dos dados:

O conteúdo extraído do banco de dados foi lido com a intenção de se ter uma visão geral dos achados obtidos passando por uma pré-análise, com uma leitura flutuante das entrevistas, para que o pesquisador tome contato com o conteúdo das mesmas (MINAYO, 2007).

Após esta leitura foi realizada a codificação dos dados, e os tópicos principais, constituídos das perguntas utilizadas no roteiro, seguindo a orientação de Polit e Hungler (2004) em relação à ordenação dos dados.

Em uma segunda etapa, o pesquisador formou categorias que, segundo Minayo (2007), “são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”.

4.7. Aspectos Éticos:

De forma a contemplar os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, a macro pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), conforme a Resolução 196/96, sob o número 31/2008 (Anexo C).

Este estudo desenvolveu-se somente após o consentimento e assinatura da carta de autorização da Coordenadora geral da macro-pesquisa para utilização dos dados. (Anexo D).

Para manter o anonimato dos sujeitos/gestores envolvidos na pesquisa, os mesmos foram identificados através da letra G acrescida do número de ordem de realização da entrevista. Ex. G1, G2...

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como forma de mostrar os achados, os resultados e as discussões encontram-se dispostos no formato de dois artigos científicos. O primeiro, intitulado “Humanização do parto na ótica dos gestores de um Hospital Universitário do Sul do Rio Grande do Sul”, responde ao objetivo geral do estudo e ao objetivo específico relacionado ao conhecimento que os gestores do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior têm sobre a proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado; foi elaborado de acordo com as normas da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

<http://www.scielo.br/revistas/rbsmi/pinstruc.htm>

O segundo artigo, intitulado “Fortalezas e Fragilidades evidenciadas na implantação do parto humanizado na ótica dos gestores de um Hospital Universitário do Sul do Rio Grande do Sul”, destina-se a responder ao objetivo específico que enfoca as fortalezas e as fragilidades apontadas pelos gestores do Hospital Universitário de Rio Grande para a implementação da proposta do Ministério da Saúde em relação ao Parto Humanizado; foi elaborado de acordo com as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/index_interno.php

5.1 ARTIGO 1

HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA ÓTICA DOS GESTORES DE UM HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO DO SUL DO RIO GRANDE DO SUL².

HUMANIZATION OF LABOUR IN THE VIEW OF MANAGERS OF A

UNIVERSITY HOSPITAL SOUTH OF RIO GRANDE DO SUL

HUMANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL PUNTO DE VISTA DE LOS GERENTES

DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SUR DE RIO GRANDE DO SUL

Lemos, Daiane Bittencourt de³

Kerber, Nalú Pereira da Costa⁴

Azambuja, Eliana Pinho de⁵

RESUMO

Pesquisa qualitativa, exploratória que tem por objetivo investigar o conhecimento dos gestores do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior, do Município do Rio Grande/RS, sobre a proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado. Os sujeitos foram quatro gestores do Hospital Universitário do Rio Grande/RS. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aberta em Janeiro de 2009. Na análise os dados, estes foram agrupados em duas categorias: Política de Humanização do Parto; Benefícios do Parto Humanizado. Conclui-se que os gestores conhecem o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e suas diretrizes; salientam a necessidade da mudança da área física e

²Estudo realizado a partir de um recorte da pesquisa multicêntrica “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, financiada pelo CNPq e coordenada pela Profª Drª Nalú Pereira da Costa Kerber, desenvolvida de novembro de 2008 a outubro de 2009, em Rio Grande e Pelotas/RS.

³Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Bolsista CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Orientadora.

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), Campus Rio Grande e da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde (IFRS) e integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher (FURG). Co-orientadora.

da permissão da presença do acompanhante; conhecem os benefícios que o PHPN proporciona; explanam sobre a necessidade de credenciamento para o recebimento de verbas para a manutenção do processo; evidenciam a necessidade da elaboração de um protocolo de atendimento baseado no PHPN.

DESCRITORES Enfermagem, Saúde da Mulher, Parto Humanizado.

ABSTRACT

Qualitative and exploratory research, aims to investigate the knowledge of managers of the University Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Junior, of the city of Rio Grande/RS on the proposal of the Ministry of Health about the Humanized Delivery. The subjects were four managers of the University Hospital of Rio Grande/RS. Data collection was done through open interviews in January 2009. In analyzing the data were grouped into two categories: Humanization Policy Delivery; Benefits Humanizing Delivery. It is concluded that managers know the Humanization Program of Prenatal and Childbirth (PHPN) and their guidelines, highlight the need for change in the physical area and allowing the presence of a companion; know the benefits that provides PHPN, expounds on the need for an accreditation for the receipt of funds for the maintenance of the process, highlight the need to prepare a protocol of care based on PHPN.

DESCRIPTORS Nursing, Women's Health, Humanized Birth.

RESUMEN

Investigación cualitativa, exploratoria, que tiene como objetivo investigar el conocimiento de los directivos del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Correa junior, en la ciudad de Río Grande/RS, sobre la propuesta del Ministerio de Salud sobre el parto humanizado. Los sujetos fueron cuatro los gerentes del Hospital Universitario de Rio Grande/RS. La recolección de

datos se realiza a través de entrevistas abiertas en enero de 2009. Al analizar los datos se agruparon en dos categorías: Política de Humanización del parto; Beneficios del parto humanizado. Se concluye que los directivos conocen el Programa de Humanización del Parto y Nacimiento (PHPN) y sus directrices, hincapié la necesidad de cambiar el área física y permitiendo la presencia de un compañero; conocen los beneficios que proporcionan el PHPN, exponen la necesidad de una acreditación para la recepción de fondos para el mantenimiento del proceso, ponen de relieve la necesidad de elaborar un protocolo de atención basado en PHPN.

DESCRIPTORES Enfermería, Salud de la Mujer, Parto Humanizado.

INTRODUÇÃO

O movimento de humanização tem tangenciado o cenário brasileiro da atenção à saúde desde a década de 70, teve sua incorporação a partir de 2000, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Em sequência foram publicados outros documentos, como: Política Nacional de Humanização, Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN).⁽¹⁾

O PHPN trata-se de uma tentativa de humanizar os serviços de saúde destinados ao atendimento no ciclo gravídico-puerperal. O programa tem a finalidade de “assegurar a melhoria do acesso, da qualidade e cobertura da assistência pré-natal, ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania”⁽²⁾. Existe a necessidade de mudar os hospitais, organizando uma assistência voltada às necessidades das mulheres e suas famílias.⁽³⁾

A humanização do parto compreende dois aspectos. O primeiro diz respeito ao dever das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. O segundo refere-se à adoção de procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto,

evitando práticas intervencionistas desnecessárias. Para isto, há necessidade de uma organização para criar um ambiente acolhedor e para estabelecer rotinas que rompam com o isolamento da parturiente⁽²⁾.

A atenção humanizada é um esforço de todos os níveis de gestão. O objetivo é a oferta de serviços que garantam o acolhimento, a informação, o aconselhamento com competência profissional, a tecnologia apropriada, o respeito à dignidade aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher⁽⁴⁻⁵⁾.

É preciso além, do respaldo e da adesão dos profissionais, o comprometimento dos gestores com a proposta do PHPN, no sentido de influenciar e transformar esta situação⁽⁶⁾. Entende-se que o papel do gestor é o de tomar a iniciativa, estabelecer um processo de discussão, com o intuito de fomentar a mudança de comportamento. Esta mudança “pode ser lenta, porque regras e rotinas conhecidas são confortáveis, leva-se tempo para desenvolver e concordar com novas políticas”⁽⁷⁾. O gestor hospitalar tem como desafio envolver-se com o trabalho da equipe, pois, quanto maior for seu envolvimento, maior a possibilidade de humanizar o ambiente hospitalar⁽⁸⁾.

A postura do gestor é de extrema importância; é definidora da forma como se conduz o processo de humanização, podendo seguir o modelo de forma burocrática e passageira ou escolher um processo que potencialize uma lógica de atenção centrada na qualidade das relações humanas, na satisfação e na responsividade de usuários e profissionais, no uso racional e compartilhado das tecnologias⁽¹⁾.

Sabe-se que existem diversos problemas nos serviços de saúde que desafiam a concretização da atenção humanizada ao parto. A visibilidade desses problemas pode auxiliar na elaboração de estratégias de conscientização de gestores e trabalhadores quanto à vinculação da qualidade da assistência às ações preconizadas pela humanização. A realidade

deste estudo não contempla uma assistência baseada nas diretrizes do PHPN, não há um protocolo de atendimento baseado em evidências científicas. ⁽⁶⁾

Na tentativa de contribuir para a efetivação desse programa, questiona-se: Qual a percepção dos gestores do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior sobre a implementação da proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado?

Entende-se que alcançar o significado desta percepção será possível mediante o conhecimento apresentado pelos gestores acerca da temática, entendendo o conceito de conhecimento, neste momento, significa todo o acervo de informações, conceitos, ideias, experiências, aprendizagens que o administrador possui a respeito de sua especialidade⁽⁹⁾.

Para responder esta pergunta, se estabeleceu o objetivo: Investigar o conhecimento dos gestores do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior, do Município do Rio Grande/RS, sobre a proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado.

METODOLOGIA

Este é um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório, recorte da macro-pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, envolvendo dois Hospitais Universitários (HUs). Os HUs da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e o da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Os dados utilizados foram extraídos de entrevistas aplicadas a quatro gestores do Hospital Universitário do Município do Rio Grande/RS, que encontravam-se em atuação em janeiro de 2009, caracterizando-os como: um coordenador da enfermagem, um coordenador médico, um administrador e um representante direto da direção do HU.

O Centro Obstétrico (CO) do HU-FURG funciona desde 1992. Está localizado no andar térreo deste hospital, ao lado do centro cirúrgico. Funcionando 24 horas/dia. Sua área física é composta por uma sala para consulta, uma sala para exame, uma sala de pré-parto

com três leitos, uma sala de parto, uma sala para reanimação do recém-nascido, expurgo, banheiro e copa para uso dos funcionários. O HU apresenta um sistema de alojamento conjunto, onde mãe e bebê permanecem juntos durante o período de internação. A instituição recebeu o título de Hospital Amigo da Criança é referência na região sul na atenção às gestações de alto risco.

Para este estudo, foram extraídas do banco de dados as respostas às seguintes questões: você sabe o que contempla a proposta do Ministério da Saúde acerca do Parto Humanizado?; você considera que há interesse do hospital em ser credenciado pelo Ministério da Saúde para realizar o Parto Humanizado?; você considera que o programa do Parto Humanizado traz benefícios às gestantes? Por quê?

A macro pesquisa a qual este estudo está vinculado obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS); da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob o número 31/2008. Para o desenvolvimento do presente estudo obteve-se a autorização por escrito da Coordenadora geral da macro pesquisa.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise temática. Os dados passaram por leitura, organização e ordenação, de forma a buscar as regularidades em que se apresentaram. Os temas foram discutidos e analisados estabelecendo uma correlação com a política proposta pelo Ministério da Saúde no que se refere à atenção humanizada ao parto.

RESULTADOS

A partir da leitura, releitura e análise das entrevistas, emergiram duas categorias,. Tal divisão focaliza o conhecimento dos gestores sobre a humanização do parto e a visão destes acerca dos benefícios que poderão advir com a efetivação desta proposta, tanto para as gestantes e suas famílias, quanto para a instituição e seus profissionais.

Política de Humanização do Parto

Os gestores, quando questionados a respeito da proposta do MS acerca do Parto Humanizado, relataram conhecer a política. Afirmaram, na ocasião, que estavam mobilizados na tentativa de implantá-la no hospital. Destacaram alguns dos princípios da humanização do parto, como: tornar o parto menos medicalizado possível, mais natural e fisiológico; incentivar o parto normal; realizar acompanhamento pré-natal; incentivar e encorajar o aleitamento materno; respeitar a individualidade das mulheres; garantir a presença de um acompanhante no transcorrer do trabalho de parto.

Sim, conheço a política de humanização sobre o parto humanizado e a gente tem lutado bastante para implantar esta política [...] alguns profissionais sempre que falam em uma gravidez de alto risco ou em uma gestante de risco eles já pensam quase que imediatamente em uma cesárea e isso vai contra o que preconiza a política de humanização do parto. G1

O Ministério tem como prioridade tornar o parto o menos medicalizado possível, natural e mais fisiológico possível, incentivando o parto normal, acompanhamento pré-natal, onde a mãe aprenda os cuidados com o bebê, conheça o que vai acontecer durante o trabalho de parto [...] e tentar deixar a mulher o mais confortável possível com acompanhante e respeito à individualidade. G2

[...] seria basicamente todo o envolvimento do parto em si por toda a instituição, desde o acolhimento do paciente até a alta e todo o grupo de enfermagem, médico, de apoio e a família. G3

[...] com a presença permitida do acompanhante; o incentivo ao aleitamento, que já temos, sendo hospital amigo da criança; que as mulheres tenham preferencialmente parto normal e toda a equipe do hospital engajada nisso. G4

Segundo os gestores, para que a humanização possa ser efetivada, é necessário um CO novo. Esses profissionais visualizam a mudança como imprescindível para garantir a presença do familiar junto à gestante.

[...] estamos com o novo centro obstétrico do hospital universitário quase pronto, o próximo passo é instalar o ar condicionado central, [...] em que as salas de pré-parto são individualizadas, já pensando na humanização do parto, e nós teremos mais de uma sala de parto. Então, isso vai favorecer a presença do familiar junto com a gestante na sala de pré-parto e parto. G1

[...] a questão do parto humanizado não é só o credenciamento, mas a efetivação, que tem algumas dificuldades como, por exemplo, a entrada do pai no futuro, quando trocarem as instalações do Centro Obstétrico. G2

Essa re-estruturação é necessária, para que o hospital possa ser credenciado seguindo as diretrizes do PHPN. Os gestores relatam que, para concretizar essa efetivação, há uma tentativa de instrumentalização.

*[...] temos 3 leitos de pré-parto, que são juntos, o nosso centro obstétrico é bastante reduzido, [...] nós estamos tentando nos instrumentalizar [...] acredito que com a nova área física que está quase pronta isso realmente vai se efetivar no HU, isso vai acontecer. **G1***

*[...] a questão do parto humanizado não é só o credenciamento, mas a efetivação, [...] além das instalações é necessárias a participação e adesão a essa proposta pelos profissionais que ainda tem bastante resistência. **G2***

Benefícios do Parto Humanizado

Os gestores acreditam existir benefícios na política de humanização do parto, tanto para a gestante, quanto para o recém-nascido e sua família.

*[...] depende de cada gestante, porque assim, se ela demonstrar a vontade da presença de um acompanhante com ela no pré-parto, parto e depois, no puerpério imediato e isso for propiciado, para ela vai ser extremamente benéfico, ter uma pessoa de confiança ao lado dela, vai trazer mais segurança, mais conforto. **G1***

*Traz benefícios sim. Justamente por fazer um melhor acompanhamento, que ela tenha condições de ter seu filho nas melhores condições possíveis. **G2***

*Olha, com certeza sim, pois o próprio nome já é diferenciado parto 'humanizado'. Mostra uma diferença no atendimento, nas medidas que serão tomadas, na permanência da mulher e do seu bebê aqui no hospital até o momento da alta. É uma mudança de todo processo. **G4***

Um dos benefícios seria possível com o credenciamento do hospital, pois o incentivo financeiro repassado por parte do governo federal auxiliaria na manutenção do processo de humanização.

*[...] o governo dá um incentivo maior para os hospitais credenciados, porém, isso engloba diversos aspectos até que se consiga adequar as normas, como a parte dos trabalhadores, como a infra-estrutura. **G4***

Apesar de visualizarem benefícios, houve a demonstração de preocupação com a dinâmica do trabalho em casos de urgência/emergência, pois o hospital é considerado referência na atenção às gestantes de risco.

[...] nós somos referência em gravidez de alto risco. Em um caso de urgência e emergência, tem que se avaliar a possibilidade da implantação, do que preconiza a legislação do parto humanizado. Porque se tu estás em uma situação de urgência, a presença da família pode ser bastante complicada. Mas eu acho que aí tem que se avaliar cada caso e naquele momento ali da avaliação vai se ver o benefício que vai trazer ou não. G1

Houve destaque para a necessidade de o hospital ter um protocolo direcionando os atendimentos segundo as orientações da Política de Humanização do Parto.

[...] ele é um tratamento diferente em relação ao parto de hoje, [...] hoje é tratado como um parto massificado, ou seja, parto de qualquer jeito. Parto humanizado não, ele tem que ter um protocolo e esse protocolo vai ter que ser seguido pela equipe técnica, com certeza, irá trazer benefícios tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. G3

DISCUSSÃO

Constatou-se que os gestores são conhecedores dos princípios gerais preconizados pelo MS, apresentando ênfase maior nas questões diretamente ligadas ao momento do parto. O conceito de atenção humanizada é amplo, envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes.

O conhecimento muda constantemente em função das inovações que ocorrem com intensidade cada vez maior, o administrador/gestor necessita atualizar-se com frequência e continuamente, para isto ele precisa estar disposto a aprender, a ler, a ter contato com outras pessoas e profissionais, reciclar-se para não tornar-se obsoleto e ultrapassado em seus conhecimentos ⁽⁹⁾.

Ao se falar em humanização do parto, deve-se focar na qualificação, no respeito e na promoção dos direitos humanos da parturiente. Também há se atentar ao treinamento e formação dos profissionais, às evidências científicas que norteiam as rotinas e à disponibilidade de instalações físicas e recursos tecnológicos.⁽¹⁰⁾

Visa-se a promoção do parto e do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. A atenção humanizada deve iniciar no pré-natal,

mostrando à mulher e à sua família os seus direitos e os benefícios de o parto ocorrer de forma natural.

O cuidado humanizado compreende desde a admissão da mulher no serviço até os cuidados mais complexos. Para garantir esse cuidado, no espaço do CO, as mulheres necessitam de carinho, compreensão e informação sobre os procedimentos executados ⁽¹¹⁾.

O desenvolvimento de práticas adequadas, baseadas em evidências científicas prevê atitudes e comportamentos que contribuem para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito. ⁽²⁾ Entretanto, segundo alguns autores, muitos serviços de saúde não introduziram as recomendações do MS em relação ao parto humanizado ⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal estão expostos os elementos que compõem uma assistência qualificada e humanizada, como: utilização de partograma para registro da evolução do trabalho de parto; realização do teste rápido anti-HIV; oferta de líquido por via oral durante o trabalho de parto; respeito à escolha da mulher sobre o local e a posição do parto; garantia ao direito da mulher à privacidade no local do parto; fornecimento de informações e explicações; permissão de liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estímulo de posições não supinas durante o trabalho de parto; oferta de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor ⁽¹⁶⁾. Diversas destas ações parecem não ser do conhecimento dos gestores deste estudo, pois esses elementos não estiveram presentes em suas respostas.

Percebe-se que os gestores apreendem aspectos que extrapolam a prática, pois destacam a necessidade do cuidado individualizado. Há uma preocupação de fazer com que o parto ocorra de forma natural, sem intervenções e com uso discriminado da cesariana. Sabe-se que a atenção ao parto tem sido marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais ⁽¹⁰⁾.

É importante atentar ao fato de que o hospital em questão é universitário, o que explica o alto índice de cesarianas. A possível justificativa para o número elevado de cesarianas é que se trata de um espaço de práticas para médicos residentes de ginecologia e obstetrícia. Entende-se que, mesmo sendo um HU, pode haver um direcionamento para evitar as práticas abusivas, restringindo-as aos casos em que exista a comprovada necessidade.

O número elevado de cesarianas pode ser explicado, também, pelo fato de o hospital ser referência na atenção às para as gestações de alto risco, o que faz com que receba um elevado número de mulheres em situação de risco gestacional. A gestação é classificada de alto risco quando as gestantes são portadoras de alguma patologia como hipertensão e diabetes. Nesse caso, elas podem sofrer algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentando maiores probabilidades de uma evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a parturiente⁽¹⁷⁾.

A gestante de alto risco deve ser foco de uma abordagem diferenciada pela equipe, em razão da maior probabilidade de complicações, tanto para gestante quanto para o recém-nascido. No entanto, esta abordagem diferenciada não se reduz à realização de um parto por cesárea. Ao contrário, frequentemente, a resolução mais indicada na maioria das situações é, justamente, o parto vaginal⁽¹⁰⁾.

Além do enfoque no cuidado humanizado, os elementos estruturais do CO são apontados como imprescindíveis. Existe a necessidade de adequação dos recursos materiais, para transforma-lo em espaço favorável à efetivação das ações do PHPN. A falta de leitos, a estrutura física inapropriada, a deficiência de recursos financeiros e materiais dificultam a sua implantação⁽¹⁸⁾.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe em 2008, de um regulamento para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. A finalidade é melhorar as condições físicas e estruturais das unidades de atendimento ao parto. O

principal objetivo é estabelecer padrões para o funcionamento dos serviços, baseados na qualificação, na humanização, na redução e no controle de riscos. Entre as recomendações, encontra-se a organização do CO em quartos de pré-parto, parto e pós-parto (PPP). Devem ser leitos individuais, com banheiro anexo, destinados à assistência da mulher durante o trabalho de parto/parto e pós-parto imediato ⁽¹⁹⁾.

As limitações físicas dos serviços de saúde e a indisponibilidade de materiais e equipamentos são assinaladas como fatores decisivos para o não cumprimento das ações preconizadas pelo PHPN ^(1,13,20). O ambiente físico não é o único critério para a humanização da assistência, porém; foi destacado pelos gestores como a forma de viabilizar alguns princípios da Política de Humanização do Parto, como por exemplo, a presença do acompanhante.

A permissão quanto à presença do acompanhante, o envolvimento da família no processo de parturição, não faz parte da rotina do hospital em estudo, apesar de já previsto na Portaria 569/2000, que sancionou o PHPN. O direito ao acompanhante foi reforçado com a Lei 11.108/05, que assegura o direito à presença de um acompanhante da escolha da parturiente, durante todo o transcurso do trabalho de parto ⁽²¹⁾.

Em concordância, a Portaria GM 2418/05 acrescenta que a presença de um acompanhante durante o processo de parturição pode reduzir a duração do trabalho de parto, o uso de medicações no alívio da dor, a incidência de partos cesarianos, a depressão pós-parto e beneficiar a amamentação precoce ⁽¹⁶⁾. O MS preconiza que a gestante defina, durante o pré-natal, um acompanhante para o trabalho de parto e que o mesmo participe das consultas, colaborando nas ações voltadas para a preparação ao parto ⁽⁵⁾.

Quando questionados sobre a existência de benefícios, os gestores acreditam que o PHPN possibilita a permissão de um acompanhante, uma vez que a presença de uma pessoa

de confiança ao lado da parturiente durante o transcorrer do parto poderá proporcionar mais segurança e conforto.

A presença de acompanhante contribui para melhora dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém nascido, aumenta a satisfação da mulher, auxilia a mulher a relaxar, reduz o percentual das cesáreas e a duração do trabalho de parto, colabora também para que o serviço prestado seja mais humanizado⁽¹³⁾.

Outro benefício citado pelos gestores refere-se à mudança no processo de trabalho, pois, ao seguir as diretrizes do PHPN, haverá diferença no atendimento, nas medidas a serem adotadas. Dessa forma a parturiente terá o parto em melhores condições. Para que isso ocorra, há necessidade de reavaliar as ações dos profissionais e o atendimento prestado e de pensar em estipular medidas que funcionem como mediadoras da efetivação da proposta.

Ainda sobre a questão dos benefícios, os gestores mencionaram a possibilidade de um credenciamento do hospital, o que possibilitaria receber por parte do governo federal, um incentivo financeiro para efetivar a proposta de humanização do parto e auxiliar na manutenção de todo o processo. O recurso financeiro referente ao incentivo ao parto será creditado na conta da maternidade que atender à gestante cadastrada no Programa ⁽⁵⁾ com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do MS (FAEC) ⁽²⁾.

Mesmo sabendo e acreditando nos benefícios que o PHPN proporciona, os gestores pensam que a presença de um acompanhante no atendimento de gestantes em casos de urgência/emergência, pode prejudicar o atendimento à parturiente e ao recém-nascido.

Na assistência ao parto de gestantes de alto risco, utilizam-se os mesmos passos técnicos da assistência ao parto de baixo risco, acrescidos de alguns cuidados que são próprios de cada situação. Existe a necessidade de apoiar e tranquilizar a família e a mulher, uma vez que esta situação traz maior nível de ansiedade e medo.

As mulheres têm o risco de apresentar algum tipo de intercorrência, o que exige uma imediata ação dos profissionais, e poderia ser um momento gerador de estresse para os acompanhantes e para a equipe, que precisará lidar com a situação emergencial e com o comportamento dos familiares. Isso parece causar apreensão aos gestores, pois a equipe pode não ter a tranquilidade e o preparo para reagir diante desse tipo de situação. Tal preocupação tem fundamento, porque atuar em situações de emergência na presença de pessoas leigas, envolvidas emocionalmente, exige um nível de preparo e treinamento que talvez os trabalhadores do hospital ainda não o possuam.

Contudo, o atendimento às mulheres com gestação de alto risco está normatizado pelo MS, o qual define as características das instituições capacitadas para este tipo de atenção à saúde. Exigem-se características mínimas ideais para a equipe e sua capacitação, instalações físicas (centro cirúrgico, banco de sangue, unidade de terapia intensiva, berçário, laboratório, etc.), além de estratégias administrativas para facilitar o atendimento ⁽¹⁰⁾.

O MS dispõe do Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco e o Manual Técnico de Urgências e Emergências Maternas. Esses documentos foram elaborados para orientar a equipe no diagnóstico e no tratamento das doenças e/ou problemas que afligem a mulher durante a gravidez. Objetivam, assim, uniformizar as condutas, contribuindo para uma atuação mais coesa da equipe, com o intuito de ofertar assistência eficiente e de qualidade ⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, os gestores também salientaram a importância de o hospital ter um protocolo de atendimento às gestantes, orientado pelo PHPN. Tal constatação justifica-se pelo direcionamento do Programa a um tratamento diferenciado em relação à realidade atual do hospital em questão.

A efetivação do PHPN pode ser considerada como importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, dentro da lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Por

meio do PHPN, é possível melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério, na perspectiva dos direitos da cidadania⁽⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Efetuada um resgate do objetivo deste estudo, conclui-se que os gestores demonstraram deter conhecimento acerca das diretrizes que norteiam o PHPN. O Programa encontra-se, inclusive, em processo de instrumentalização para efetivar a proposta, como se percebe, pela adequação da estrutura física atual do CO.

Os elementos estruturais do CO são imprescindíveis para o hospital conseguir credenciar-se perante os órgãos federais, o que possibilitará receber incentivo financeiro para auxiliar na manutenção da assistência adequada. Para isso, há necessidade de adequação dos recursos materiais, suficientes para transformar o CO em espaço favorável às ações do PHPN.

Um dos princípios do PHPN será possibilitado por meio da reestruturação, apresentando como benefícios a permissão da presença de um acompanhante junto à parturiente, durante o tempo de permanência no hospital. Consideram que a presença de uma pessoa de confiança ao lado da parturiente durante o parto, pode proporcionar mais segurança e conforto.

Outro benefício refere-se à mudança no processo de trabalho, ao seguirem as diretrizes do PHPN, o atendimento será diferenciado. Assim poderá ser disponibilizado a parturiente o parto em melhores condições. Para que ocorra, existe a necessidade de rever as ações e o atendimento prestado pelos profissionais, estipulando medidas que funcionem como mediadoras da efetivação da proposta.

Percebem-se a disposição e a boa vontade dos gestores em relação à proposta do parto humanizado, porém, ainda há necessidade de muito investimento, principalmente, de capacitação dos trabalhadores para o alcance da efetivação dessa proposta.

REFERÊNCIAS

1. Deslandes SF. A ótica dos gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Cienc. Saude Colet, 2005
2. Brasil. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
3. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Cienc. Saude Colet. 2005;10(3):669-705.
4. Versani CC, Mendonça JMG, Vieira MA, Sena RR. Maternidade Segura: relato de experiência. Rev. APS 2008
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher; 2000. 33p.
6. Carvalho V F, Kerber NPC, Busanello J, Costa MMG, Gonçalves BG, Quadros VF. Práticas Prejudiciais ao Parto: Relato dos Trabalhadores de Saúde do Sul do Brasil. Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 92-98
7. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Duley CCLD, Hodnett E, Hofmeyr J. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. [online]. 2000. [acesso 15 jan 2012]. Disponível em: <http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ClickedLink=194&ck=10218&area=2>
8. Lousada SSS, Stang F, Calabrez M. Administrar e Humanizar no Hospital. Revista FACEVV - 2º Semestre de 2008 - Número 1
9. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7. ed. rev. e atual.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

11. Camargo A T; Dias L. O. Comunicação: Um Instrumento Importante para Humanizar o Cuidado de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Na. 8 ° Simp. Bras. Comum. Enferm. Maio, 2002. Disponível em:

http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100029&script=sci_arttext> Acessado em: junho de 2010.

12. Boaretto MC. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

13. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. Ciênc saúde colet. 2005

14. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24: 1859-1868.

15. Fustini SM. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3): 420-6.

16. Brasil. Portaria GM/MS no 2418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1o da Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Brasília

(DF): Ministério da Saúde, 2005 [citado em 09 de jan de 2012] Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2418.htm>.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestaçã de alto risco: manual técnico/Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

18. Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface – Comunic, Saude, Educ.* 2008

19. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução - RDC nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. *Diario Oficial da União [DOU]*. Brasília, 04 de junho de 2008

20. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2009; 9:59-67.

21. Rodrigues FRA, Rodrigues DP, Souza ES, Nogueira MEF, Fialho AVM. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência: perfil sociodemográfico e obstétrico. *Rev Min Enferm.* 2008

5.2 ARTIGO 2

**FORTALEZAS E FRAGILIDADES EVIDENCIADAS NA IMPLANTAÇÃO DO
PARTO HUMANIZADO NA ÓTICA DOS GESTORES DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO SUL DO RIO GRANDE DO SUL⁶.**

**STRENGTHS AND WEAKNESSES EVIDENCED IN THE HUMANIZED DELIVERY
DEPLOYMENT IN VIEW OF MANAGERS OF A UNIVERSITY HOSPITAL SOUTH
OF RIO GRANDE DO SUL**

**FORTALEZAS Y DEBILIDADES EVIDENCIADAS EN EL DESPLIEGUE DEL
PARTO HUMANIZADO EN VISTA DE LOS GERENTES DE UN HOSPITAL
UNIVERSITARIO DEL SUR DE RIO GRANDE DO SUL**

Lemos, Daiane Bittencourt de⁷

Kerber, Nalú Pereira da Costa⁸

Azambuja, Eliana Pinho⁹

RESUMO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, com o objetivo de averiguar as fortalezas e as fragilidades apontadas pelos gestores do Hospital Universitário (HU) de Rio Grande/RS para a implementação da proposta do Ministério da Saúde em relação ao Parto Humanizado. O estudo teve como sujeitos quatro gestores do HU, que atuavam em janeiro de 2009. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aberta, sendo que os

⁶Estudo realizado a partir de um recorte da pesquisa multicêntrica “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, financiada pelo CNPq e coordenada pela Profª Drª Nalú Pereira da Costa Kerber, desenvolvida de novembro de 2008 a outubro de 2009, em Rio Grande e Pelotas/RS.

⁷Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

⁸Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Orientadora.

⁹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), Campus Rio Grande e da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde (IFRS) e integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher (FURG). Co-Orientadora.

dados resultantes foram agrupados em duas categorias: Dificuldades para a implantação do Parto Humanizado; Estratégias para a implantação do Parto Humanizado. Concluiu-se que existem algumas dificuldades a serem vencidas para que ocorra uma real efetivação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, como a resistência dos profissionais a uma nova proposta, número insuficiente de trabalhadores e um alto índice de cesáreas. As estratégias apontadas para a implantação da humanização do parto foram a mudança da área física do Centro Obstétrico, treinamento e capacitações da equipe de saúde, assim como uma real cobrança por parte do governo na efetivação do parto humanizado.

DESCRITORES Enfermagem, Saúde da Mulher, Parto Humanizado.

ABSTRACT

Qualitative and exploratory research in order to ascertain the strengths and weaknesses identified by managers of the University Hospital (HU) of Rio Grande/RS to implement the proposal of the Ministry of Health in relation to the Humanized Delivery. The study had with subject four HU managers, working in January 2009. Data collection was done through open interviews, and the resulting data were grouped into two categories: Difficulties in the implementation of the Humanized Birth; Strategies for the deployment of Humanized Delivery. It was concluded that there are some difficulties to be overcome for the occurrence of a proper enforcement of the Program for Humanization of Prenatal and Birth, as the professional resistance to a new proposal, an insufficient number of workers and a high rate of cesarean sections. The strategies outlined for the implementation of the humanization of birth were the change of the physical area of the Obstetric Center, training and skills of health staff, as well as a real recovery by the government in the execution of humanized childbirth

DESCRIPTORS Nursing, Women's Health, Humanized Birth.

RESUMEN

Investigación cualitativa y exploratoria con el fin de determinar las fortalezas y debilidades identificadas por los responsables del Hospital Universitario (HU) de Rio Grande/RS para implementar la propuesta del Ministerio de Salud en relación con el parto humanizado. Los sujetos del estudio fueron cuatro gerentes del HU, que actuaban en enero de 2009. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas abiertas, y los datos resultantes se agruparon en dos categorías: Dificultades en la aplicación del Parto Humanizado, las estrategias para el despliegue de parto humanizado. Se concluyó que hay algunas dificultades que deberán superarse para la ocurrencia de una correcta aplicación del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento, ya que la resistencia de los profesionales a una nueva propuesta, un número insuficiente de trabajadores y una alta tasa de cesáreas. Las estrategias definidas para la aplicación de la humanización del parto fueron el cambio del espacio físico del Centro Obstétrico, formación y capacitación del personal de salud, así como una recuperación real por parte del gobierno en la ejecución de parto humanizado

DESCRIPTORES Enfermería, Salud de la Mujer, Parto Humanizado

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou, no ano de 2000, proposta de humanização dos serviços de saúde destinados à parturição, por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)⁽¹⁾.

A humanização é de extrema importância para garantir que o parto seja vivenciado de forma positiva. A redução de medidas intervencionistas, a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente, são aspectos defendidos no PHPN.⁽²⁾

Uma assistência ideal envolve a adequação de recursos físicos, materiais e humanos, com a finalidade de transformar o Centro Obstétrico (CO) em espaço acolhedor e favorável às

ações do PHPN. Entre essas ações, citam-se a presença do acompanhante, o envolvimento da família no processo de parturição, o respeito à privacidade da mulher; a realização de procedimentos seguros e o desencorajamento de práticas intervencionistas desnecessárias; o estímulo ao percurso natural do parto; a orientação e informação prestadas à mulher sobre sua autonomia em relação às condutas e procedimentos⁽³⁾.

A realidade brasileira está longe de coincidir com o que é teorizado no PHPN. Estudos mostram que, mesmo em instituições onde é seguido o modelo de parto humanizado, ainda existem distorções sobre o processo de humanização^(4,5). A inibição dos excessos de cesáreas é uma das metas da atenção humanizada⁽⁶⁾.

O modelo assistencial que predomina no Brasil é bem diferente do existente em outros lugares do mundo. O Brasil apresenta a maior taxa mundial de cesáreas, aproximadamente 32% dos nascimentos ocorrem por cesarianas. O modelo americano é o mais próximo do brasileiro. No entanto, a taxa de cesárea nos Estados Unidos, considerada alta, não passa dos 25%,. Países como Holanda e Inglaterra, com índice de mortalidade materna/infantil baixíssimo, baseiam sua assistência na obstetrix ou na parteira. Nestes países, os médicos obstetras são especialistas que tratam de eventuais complicações e de gestações de risco. As obstetrixes cuidam do pré-natal e fazem o parto normal na maioria das mulheres⁽⁷⁾.

Apesar da mobilização nacional para implantar a assistência humanizada, pesquisas mostram que as recomendações do PHPN ainda encontram resistência. A falta de leitos, trabalhadores, estrutura física inadequada, deficiência de recursos financeiros, materiais e a desvinculação entre atenção pré-natal e parto dificultam a efetivação de uma assistência de qualidade^(1,8,9).

Estudo realizado em hospital público de São Paulo identificou resistência por parte dos trabalhadores. Apesar de considerarem os benefícios do atendimento acolhedor, prevalece a deficiência do contato, diálogo e a falta de autonomia da mulher⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, insere-se também a figura do gestor. A administração, precisa estar comprometido com a proposta do PHPN^(1.) A humanização ao parto deve ser um processo contínuo, pois demanda reflexão permanente sobre atos, condutas e comportamentos de todas as pessoas envolvidas neste processo⁽⁸⁾.

A fim de contribuir para a efetivação da humanização do parto, questiona-se: quais as dificuldades e as estratégias apontadas pelos gestores do Hospital Universitário (HU) Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. de Rio Grande para efetivar a proposta do Ministério da Saúde do Parto Humanizado?

Para responder a essa pergunta, estabeleceu-se o seguinte objetivo: averiguar as fortalezas e as fragilidades apontadas pelos gestores do Hospital Universitário de Rio Grande para a implementação da proposta do Ministério da Saúde em relação ao Parto Humanizado.

METODOLOGIA

Este é um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório, recorte da macro-pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, envolvendo dois Hospitais Universitários: o da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e o Hospital de Ensino da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Os dados utilizados foram extraídos de entrevistas realizadas em Janeiro de 2009, aplicados a quatro gestores do HU de Rio Grande/RS. O grupo de gestores era formado por um coordenador da enfermagem, um coordenador médico, um administrador e um representante direto da direção.

O CO do HU-FURG funciona desde 1992, localizado no andar térreo deste hospital, ao lado do centro cirúrgico, funcionando 24 horas/dia. Sua área física é composta por uma sala para consulta, uma sala para exame, uma sala de pré-parto com três leitos, uma sala de parto, uma sala para reanimação do recém-nascido, expurgo, banheiro e copa para uso dos funcionários. O HU caracteriza-se por apresentar um sistema de alojamento conjunto, onde

mãe e bebê permanecem juntos durante o período de internação. A instituição possui o título de Hospital Amigo da Criança, e também é referência na atenção às gestações de alto risco na região sul.

Para este estudo, foram utilizadas as questões: que estratégias você considera necessárias para alcançar a efetivação do parto humanizado neste hospital?; que dificuldades você visualiza para essa efetivação?

A macro pesquisa à qual este estudo está vinculado obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS), da Universidade Federal do Rio Grande/FURG, sob o número 31/2008. Para a utilização do banco de dados obteve-se a autorização da Coordenadora geral da macro pesquisa.

Para o tratamento dos dados, foi utilizada a análise temática. Os dados passaram por leitura, organização, ordenação, de modo a descobrir as regularidades dos achados. Os temas foram discutidos e analisados estabelecendo uma correlação com a política proposta pelo MS no que se refere à atenção humanizada ao parto.

RESULTADOS

Durante o processo de análise dos dados, emergiram duas categorias para discussão: dificuldades para a implantação do Parto Humanizado e estratégias para a implantação do Parto Humanizado. As categorias foram compostas a partir das questões utilizadas no estudo, destacando a visão dos gestores sobre as dificuldades e as estratégias que estes encontram para efetivar a proposta.

Dificuldades para a implantação do Parto Humanizado

Quando questionados a respeito das dificuldades encontradas para a implantação do Parto Humanizado, os gestores mencionaram a resistência por parte dos trabalhadores na implantação do programa. A maioria dos profissionais acredita que por se tratar de um

Hospital Universitário, ou seja, com a presença de acadêmicos e residentes, seria inviável a implantação de ações que são preconizadas por esta política, como por exemplo, a permissão da presença de um acompanhante.

*[...] a gente tem encontrado resistência de alguns trabalhadores na implantação do parto humanizado [...] temos que implantar é a mudança de filosofia de trabalho, porque alguns realmente resistem muito a presença de um familiar na sala de pré-parto e parto, [...] utilizando como justificativa, que por ser um hospital universitário, ter acadêmicos no momento, isso poderia comprometer, o familiar poderia não gostar, e causar algum constrangimento, que deixaria a gestante mais ansiosa, angustiada, dificultando o trabalho de parto, podendo inclusive trazer riscos para o bebê. [...]**G1***

*[...] a maior dificuldade é modificar a rotina dos trabalhadores, porque a parte de infra-estrutura já está sendo realizada, mas daí mudar o que eles vem fazendo há anos, acho que vai ser complicado e vai levar tempo.**G4***

Apesar da demonstração de resistência por parte dos profissionais, os gestores provaram saber que a política do MS preconiza a presença do acompanhante como um direito da gestante, que não lhe pode ser negado nem impedido. A função destes profissionais nestes casos é a de orientar, para que este processo ocorra da melhor forma possível tanto para gestante, recém-nascido e acompanhante, quanto para toda a equipe atuante no setor, proporcionando um atendimento com segurança e tranquilidade.

*A política preconiza que toda a gestante tem direito a opção, se ela optar pela presença dessa pessoa junto com ela, não pode ser impedida a entrada, tem que ser orientado para que aconteça da melhor forma, sem riscos, com segurança, com tranqüilidade, mas não impedido. **G1***

[...] além das instalações é necessária a participação e adesão a essa proposta pelos profissionais que ainda tem bastante resistência e acham que acompanhante incomoda e vai

desmaiar, desconsiderando esse direito e a importância desse acompanhamento, esse é um direito, sim! Ainda tem dificuldade da adesão dos profissionais. G2

Ainda, quando questionados sobre as dificuldades para implantação do Parto Humanizado, pode-se evidenciar que há resistência por parte dos demais membros da equipe sobre a atuação da enfermagem neste campo.

[...] a resistência que ainda se tem que a enfermagem trabalhe no cuidado com a mulher. [...] se a gente falar em assistência no pré-natal de baixo risco feita por enfermeiro, não temos isso na nossa realidade e temos habilitação legal, mas ainda enfrentamos muita resistência de outros profissionais de conseguir implantar [...] G2

Os dados também demonstram que, no local do estudo, existe uma dificuldade de atuação até mesmo dos alunos de enfermagem em relação aos campos de estágio. Pode-se evidenciar, também, a existência de indagações sobre a legitimidade da habilitação de enfermagem para atuar nestas situações, sendo que também existe legislação própria que habilita enfermeiros (as) a atuarem no trabalho de parto/parto sem distócia.

Temos dificuldade de atuação dentro dos campos de estágios e CO e muita resistência de profissionais discutindo se essa é uma habilitação nossa, mas não cabe a eles discutir, pois existe uma legislação que nos dá possibilidades de atuar no trabalho de parto sem complicações. G2

Corroborando com esta situação, os gestores apontam a necessidade da classe de enfermeiros (as) não se omitir perante essas questões, devendo, sim, questionar e fomentar discussões com o propósito de adquirir o controle de um tipo de atenção que deveria de ser rotina. Para isso, os gestores entendem como necessária a aproximação entre hospital e a academia, atuando conjuntamente para que este obstáculo seja vencido.

Falando na enfermagem, eu acho que essa dificuldade de inserção é ter que brigar por algo que deveria ser rotineiro. É uma área de atuação nossa e ela deveria acontecer e

acho que devemos buscar esses espaços, não podemos nos omitir, não questionar e não trazer para discussão. Acho que isso tem sido feito pelas professoras e profissionais que lá atuam, mas a gente ainda enfrenta muita dificuldade. G2

Outra dificuldade para a efetivação do Parto Humanizado percebeu-se pela da fala de um dos gestores, que evidencia existir, no hospital, um alto índice de partos cesarianos.

[...] temos inclusive um alto índice de cesáreas, a nossa média tem se mantido em torno de 45-50%, e isso é uma taxa muito alta para o parto humanizado [...] a gente tem trabalhado diretamente com cada obstetra, com cada residente, tentando diminuir as cesáreas num geral. G1

Analisando a fala de um dos gestores pode-se perceber que há dificuldade na efetivação da proposta devido ao número reduzido de profissionais. Alegam que no momento em que o hospital contar com salas de pré-parto, parto, e pós-parto (salas PPP), também terá que disponibilizar maior número de profissionais para realizar o atendimento de forma eficaz.

[...] ter salas de pré-parto individualizadas demanda um maior número de trabalhadores. [...] hoje eu tenho um técnico de enfermagem, um enfermeiro e um obstetra que estão no mesmo ambiente atendendo três gestantes. No momento que tiver salas de pré-parto individualizadas, teria que ter, teoricamente, um número maior de trabalhadores. O governo lança essas portarias, cria políticas, leis, normas, só que não dá em contrapartida as vagas para contratar pessoal para cumprir as portarias de forma adequada. Então, nós que somos um hospital referência a gravidez de alto risco, precisaríamos de um maior número de trabalhadores para cumprir com mais efetividade o que diz a portaria e a política. G1

Estratégias para a implantação do Parto Humanizado

Ao reportarem-se sobre as estratégias, os sujeitos do estudo salientaram que talvez uma das principais estratégias seja a adequação da estrutura física do setor, com a implantação de salas PPP. Afirmam que já se encontram trabalhando com esse propósito. Os gestores

citam, as obras para a construção de um novo Centro Obstétrico e as salas PPP em processo de finalização.

Eu acho que o principal são salas individualizadas de pré-parto, acho que é fundamental. Acho que é uma das estratégias, sala de pré-parto e parto individualizadas, já estamos com isso finalizando. G1

[...] teria que ter uma melhor área física, e para isso já estamos com obras no novo CO. G4

Pode-se evidenciar que é importante que ocorra o preparo dos profissionais, que haja treinamento da equipe de saúde. Assim, os trabalhadores poderiam visualizar a importância de aderirem à proposta, entendendo as diretrizes que norteiam o PHPN.

É importante o preparo dos profissionais, que pode acontecer através de cursos e conversas onde se possa discutir, mas que não aconteça em um só momento e que não pode ser algo para se conseguir um credenciamento, realmente deve ser efetivado e cobrado e existe a necessidade de mudança talvez de cultura destes profissionais, isso é demorado mesmo, não é algo que vai se conseguir em um curso que traga discussão sobre o programa.

G2

Eu acho que basicamente seria o treinamento do pessoal, porque a gente precisa ter esse balizamento das exigências do parto humanizado para então adaptar a instituição e isso decorre principalmente do treinamento porque o parto humanizado nada mais é do que uma mudança no paradigma em relação ao parto atual. G3

[...] treinamentos, capacitação, explicação do que é parto humanizado e o que traz de bom. [...] treinamento da equipe de saúde que vai atuar, deles verem a importância da política. E isso, acho que é o mais difícil, porque a maioria vem há anos fazendo as mesmas coisas.[...] é um processo lento, mas que é de extrema importância já ir introduzindo gradativamente. G4

Uma estratégia elencada pelos gestores, para que ocorra maior adesão e responsabilidade na implantação do Parto humanizado, refere-se à imposição por parte do governo. Consideram que deveria ocorrer uma obrigação por parte do MS para que as instituições se adaptem-se as rotinas e protocolos do PHPN.

Agente espera receber isso do Ministério da Saúde, para depois montar. G3

Isso deveria vir do governo, meio que obrigando as instituições a se adequarem, porque já tem esse protocolo e a gente não usa ainda. Se fosse obrigado, te garanto que funcionaria. G4

DISCUSSÃO

Analisando as falas dos gestores, observa-se a resistência dos profissionais quanto à aceitação da implantação da política. A justificativa pautada, para tanto, centra-se, no fato de o hospital ser universitário. A grande movimentação de alunos é citada como prejudicial a efetiva implantação do PHPN.

A resistência dos trabalhadores não é exclusividade deste hospital. Em um estudo desenvolvido em dois hospitais de uma cidade do Estado do Paraná, que adotam o PHPN desde 2002, foi evidenciada a insensibilidade dos profissionais como obstáculos na implantação do Parto Humanizado⁽¹¹⁾.

Sabe-se que não é um processo fácil, pois envolve diversos trabalhadores, que na maioria das vezes, não estão preparados para mudar as suas condutas profissionais. Além do comprometimento dos profissionais é necessário o respaldo dos gestores com a proposta do PHPN, na intenção de transformar essa situação⁽¹²⁾.

Com intuito de promover uma mudança no comportamento, o papel do gestor é tomar a iniciativa para estabelecer um processo de discussão. Esta mudança “pode ser lenta porque

regras e rotinas conhecidas são confortantes, e porque leva tempo para desenvolver e concordar com novas políticas”⁽¹³⁾.

Ainda com relação às dificuldades, os gestores destacaram a resistência dos trabalhadores quanto à aceitação da presença do acompanhante durante o processo de parturição. Esses profissionais julgaram que os acompanhantes, por não conhecerem os procedimentos, poderiam prejudicar a atenção à saúde.

No ano de 2005 foi aprovada a Lei 11.108/05. Essa lei tem, como objetivo reforçar os princípios previstos para a humanização da atenção à parturição, garantindo às parturientes, o direito imediato à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato⁽¹⁴⁾. Corroborando com esta Lei, a Portaria GM 2418/05 acrescenta que a presença de um acompanhante durante o processo de parturição, pode reduzir a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor, o número de cesáreas, a depressão pós-parto, bem como pode favorecer a amamentação⁽¹⁵⁾.

O papel do pai no percurso da gestação e no momento do parto é de fundamental importância para a mulher. É essencial a presença paterna durante as consultas médicas do pré-natal, nos exames de rotina e também na hora do parto. Antigamente, o parto era visto como um momento muito particular entre mãe e bebê. Agora ele passou a ser um momento único para mãe, pai e bebê.

O acompanhamento do pai no desenvolvimento da gestação une mais o casal, e transmite maior confiança à mãe. Normalmente na fase gestacional, a mulher está mais insegura e sensível. A participação do pai, no transcorrer do parto, encoraja a mãe e faz com que ele tenha uma visão mais realista do universo feminino. Os serviços de saúde precisam estar preparados para a presença do acompanhante. Afinal, o parto, na perspectiva da humanização, deve ser concebido como um evento familiar⁽¹⁶⁾.

Outra dificuldade destacada nas falas dos gestores refere-se à resistência que existe sobre a atuação das enfermeiras na assistência direta à saúde da mulher. Existe uma resistência quanto à entrada da enfermeira obstétrica no espaço que hoje é ocupado pelos médicos obstetras, o que tem provocado divergências entre as duas categorias, dificultando assim, implantação da política de humanização. Com a assistência prestada pelas enfermeiras, propõe-se um modelo de atenção voltado para o cuidado. O enfrentamento em relação às condutas mais intervencionistas adotadas pelos médicos torna-se inevitável ⁽⁹⁾.

Os profissionais de enfermagem serviriam como elo facilitador para que tanto enfermeiras obstétricas quanto médicos, pudessem implantar a assistência aos partos de maneira humanizada. No entanto, para que a enfermagem seja valorizada nesse campo é necessário que a discussão inicie-se no espaço acadêmico ⁽¹⁷⁾.

Com este propósito, um estudo relata a experiência de inserção da faculdade de enfermagem nestas mudanças. O corpo docente e os enfermeiros dos campos de estágio foram capacitados, objetivando formar enfermeiros voltados para a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde, na perspectiva de humanização e integralidade de suas ações. Conseguiu-se, romper com o modelo biomédico nas práticas docentes da enfermagem na atenção à mulher ⁽¹⁸⁾.

A formação profissional do enfermeiro obstetra possibilita uma abordagem diferenciada na condução do TP, priorizando os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, no qual a mulher é o foco central ⁽⁹⁾.

A dificuldade apresentada em relação ao reconhecimento do trabalho da enfermagem estende-se aos acadêmicos de enfermagem que, de acordo com os depoimentos dos gestores, são impedidos de desenvolverem ações no CO, pois os profissionais da medicina consideram que o cuidado neste ambiente de trabalho é de seu domínio. Tal posicionamento é elemento dificultador no processo de aprendizagem dos acadêmicos, porque o ensino teórico não pode

estar desvinculado da prática. Além disso, o acadêmico de enfermagem precisa da experiência no cuidado da mulher durante o parto. Assim, o acadêmico terá sua formação completa e se sentir preparado para atuar como profissional.

Entende-se que, por essa razão, os próprios gestores devem salientar a necessidade da enfermagem se posicionar ativamente, de os profissionais do serviço se unirem aos profissionais da universidade em prol de uma enfermagem mais forte. A enfermagem não deve se submeter às determinações de outra categoria de trabalhadores, mostrando seu conhecimento e exigindo o espaço que é seu por direito na assistência à parturiente.

Na continuidade das dificuldades elencadas para efetivação do parto humanizado, destaca-se o número elevado de partos cesáreos no hospital em estudo. O uso indiscriminado da cesariana por parte de muitos profissionais daquele hospital caracteriza-se como uma fragilidade. Parece haver falta de interesse dos profissionais quanto ao incentivo ao parto normal. Sabe-se que a cesariana é mais rápida e não exige tempo demasiado do profissional ao lado da parturiente. Não são todos os profissionais que estão dispostos a deixar o parto acontecer da forma mais natural possível; a aguardar o momento correto de intervir.

No cenário estudo a atenção ao parto e nascimento tem sido marcada por um grande número de intervenções desnecessárias e pela prática abusiva da cesariana. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais ⁽²⁾.

Salienta-se que o hospital em questão é universitário, o que talvez possa explicar o alto índice de cesarianas. Como consequência, trata-se de um local de desenvolvimento de atividades práticas para os médicos residentes de ginecologia e obstetrícia. Entende-se que, mesmo sendo um hospital universitário, pode haver um direcionamento no sentido de evitar estas práticas de forma abusiva, restringindo-as aos casos em que exista a comprovada necessidade. O número elevado de cesarianas também pode ser explicado, pelo fato do

hospital ser referência na atenção às gestações de alto risco na região, o que faz com que atenda um elevado número de mulheres em situação de risco gestacional.

Também despontou como uma dificuldade na implantação do PHPN, o número reduzido de profissionais. Para poder prestar uma assistência baseada nas recomendações do PHPN, é necessário que se tenha disponível um número adequado de profissionais. Porém, considera-se que no espaço físico atual, que é bastante restrito, o número de trabalhadores não pode ser visto como impeditivo para a realização da assistência preconizada. Há possibilidade de as normatizações serem adequadas à realidade encontrada, sem que isso seja empecilho para a transformação do cuidado.

A partir do momento que o CO for transferido para o novo espaço físico em fase de finalização, certamente será necessário expandir o quantitativo de pessoal, pois o novo ambiente, aparentemente, terá maior número de salas. Não será suficiente a vontade dos gestores e dos trabalhadores para atender a proposta do PHPN, porque como a instituição envolvida é um HU, não são possíveis contratações a qualquer momento, sendo necessária a liberação de vagas pelo governo e realização de concurso público.

Em razão de os processos de concursos públicos serem demorados, uma forma encontrada pelos gestores hospitalares com o intuito de dar continuidade ao atendimento, assim, reduzindo a problemática da falta de profissionais é a contratação por intermédio de Fundações. Mesmo assim, a dificuldade permanece, porque para que sejam efetuadas as contratações, as fundações precisam ter disponibilidade de orçamento, o que na realidade atual dos serviços, é algo complicado.

Mudando o foco da análise para as estratégias, os gestores apontaram que a mudança dos elementos estruturais do CO é imprescindível. Há necessidade de adequar os recursos materiais e de estrutura física, para transformar o CO num espaço favorável à implantação do PHPN.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe desde 2008, de regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. A finalidade é melhorar as condições físicas e estruturais das instituições de saúde. O principal objetivo dessa resolução é formar padrões baseados na qualificação, na humanização da atenção e da gestão e, na redução e no controle de riscos. Entre as recomendações, encontram-se a organização do CO em quartos PPP, com leitos individuais, com banheiro anexo, destinados à assistência da mulher durante o transcorrer do parto ⁽¹⁹⁾.

Os aspectos relacionados à estrutura física são ressaltados em estudos que abordam a assistência ao parto. As limitações físicas dos serviços de saúde e a indisponibilidade de materiais e equipamentos são assinaladas como fatores decisivos para o não cumprimento das ações preconizadas pelo PHPN ^(6,9,20).

O ambiente físico não é o único critério para a humanização da assistência. No entanto esse elemento foi destacado pelos gestores para viabilização de alguns princípios do PHPN, como, por exemplo, a presença do acompanhante junto com a gestante na sala de pré-parto e parto.

Além da mudança na estrutura física, os gestores demonstram também, como estratégia, a necessidade de treinamento, capacitações e palestras com toda a equipe que trabalha diretamente no atendimento à parturiente (e sua família) na tentativa de sensibilizar esses profissionais para uma real adesão à proposta.

Uma estratégia para a implantação do parto humanizado, pode ser a realização de intercâmbios entre maternidades que já possuem o modelo de parto humanizado implantado em sua realidade. Tal estratégia, possibilitaria troca de experiências e maior aproximação com as práticas humanizadas na assistência à saúde da mulher ⁽²¹⁾.

A aceitação da nova proposta da assistência humanizada por parte dos profissionais, não depende somente de treinamentos, mas também do estímulo ao compromisso ao

envolvimento com a proposta. Há a necessidade de utilização de estratégias de sensibilização para que um novo modo de agir possa ser incorporado.⁽¹⁷⁾

Para que isso ocorra de forma tranquila, existe a necessidade da elaboração de normas e rotinas que devem ser discutidas e aprovadas por toda a equipe, possibilitando o envolvimento, a participação e a clareza dos procedimentos além de estabelecer responsabilidades e as atribuições de cada membro. A capacitação da equipe é considerada como um passo importante proporcionando uniformidade à assistência prestada de forma qualificada e humanizada.⁽²¹⁾

Outra estratégia favorável à implantação do PHPN pode ser a realização da assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras, assessorando tecnicamente a implantação das práticas obstétricas humanizadas. Geralmente, a atuação dessa profissional está baseada no respeito aos aspectos da fisiologia do parto, na negação à intervenção desnecessária, no reconhecimento dos aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e ao necessário suporte emocional à mulher e sua família.⁽⁹⁾

Entende-se que, mesmo para a enfermagem, é necessária uma mudança na forma de trabalho, no modo como o processo de parturição é vivenciado, pois a grande maioria dos profissionais encontra-se trabalhando no modelo assistencial tradicional, centrado não na mulher como sujeito do processo, mas na figura do médico. Mudar é um processo que enfrenta muitas resistências, mas trabalhar estas questões é de extrema e expressiva necessidade.

Como última estratégia abordada, chamou a atenção o comentário dos gestores sobre a necessidade de posição firme por parte do governo, de cobrança, no sentido de imposição, de obrigar às instituições para o cumprimento do que determina a lei e as normas do PHPN. Os gestores consideram que essa seria a forma mais segura de obter a efetivação do parto

humanizado, porque no momento em que as normatizações e determinações não fossem cumpridas, haveria algum tipo de punição, como cortes na verba repassadas aos hospitais.

Reflete-se que, muitas vezes, as pessoas precisam ser pressionadas de alguma forma para desempenhar o modo de trabalho que se deseja alcançar, precisam, geralmente, de um fator concreto. Ao mesmo tempo, entende-se que os gestores não precisam esperar por determinações. Eles possuem mecanismos para exercer esse tipo de pressão. A gestão da instituição é o que determina o modelo de trabalho a ser executado, de acordo com as políticas ministeriais e as evidências científicas. A mudança pode ser feita de forma compartilhada. Os trabalhadores, assim, se sintam co-partícipes desse processo.

A postura do gestor é definidora da forma como se conduz o processo de humanização. O gestor pode seguir o modelo de humanização de forma burocrática e passageira, apenas cumprindo determinações para obter o repasse de verbas, ou pode escolher um processo que potencialize “a adoção de uma lógica de atenção centrada na qualidade das relações humanas, na satisfação e responsividade de usuários e profissionais, no uso racional e compartilhado das tecnologias”, a abertura de espaços para o exercício dos direitos dos usuários.⁽²²⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados, foi possível concluir que existem diversos problemas por parte dos serviços de saúde, que desafiam a concretização da atenção humanizada ao parto. Entende-se que dar visibilidade aos problemas pode auxiliar na construção de estratégias.

A resistência e a insensibilidade dos profissionais sobre a importância do PHPN denotam obstáculos na implantação do modelo de Parto Humanizado. Para que a humanização do parto se consolide é preciso fornecer uma assistência que esteja voltada às

necessidades das parturientes e de suas famílias. O número insuficiente de trabalhadores e o elevado índice de partos cesáreos apareceram como dificuldades para prestar assistência baseada nas recomendações do PHPN, caracterizando-se como uma fragilidade.

Quanto às estratégias evidenciou-se que mudar a área física do CO pode favorecer a implantação do parto humanizado; treinamentos, capacitações, palestras também foram apresentados como estratégias na tentativa de sensibilizar os profissionais. Corroborando com as estratégias apresentou-se a necessidade de existir uma cobrança por parte do governo na efetivação do parto humanizado. Uma posição firme seria a forma mais segura de obter a efetivação do parto humanizado.

Em vista das discussões apresentadas, concebe-se que a capacitação dos trabalhadores, apontada pelos gestores como uma necessidade, é fator primordial na efetivação da proposta do PHPN. Considera-se como a estratégia que apresenta maiores condições de obter uma resposta satisfatória, que dê conta das necessidades dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no parto e puerpério. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/Ministério da Saúde, 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Marques FC, Dias IMV. A percepção da equipe de saúde de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Anna Nery Rev Enferm.* 2006;10(3):439-47.
4. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latinoam Enferm.* 2005; 13(6): 960-7.
5. Silva LM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo humanizado. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Curso de Enfermagem; 2005.
6. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Cienc. saude colet.* 2005; 10(sup): 221-30.

7. Prado AA. O Parto em outras Épocas e Localidades. O Parto Hoje em Outros Países [citado em 25 de jan./2012] Disponível em: www.amigasdoparto.com.br/poutras4.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Atenção Integral à Mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretarias de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2004.
9. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Cienc. saúde colet. 2005;10(3):669-705.
10. Mabuchi AS, Fustinoni SM. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3): 420-6.
11. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24: 1859-1868.
12. Carvalho V F, Kerber NPC, Busanello J, Costa MMG, Gonçalves BG, Quadros VF. Práticas Prejudiciais ao Parto: Relato dos Trabalhadores de Saúde do Sul do Brasil. rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 92-98
13. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Rotinas Hospitalares. In: Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 137-43.
14. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 2005.
15. Brasil. Portaria GM/MS n.2418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 2005.
16. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cad Saúde Pública. 2003; 19:389-98.
17. Progianni JM, Mouta RJO. A Enfermeira Obstétrica: Agente Estratégico na Implantação de Práticas do Modelo Humanizado em Maternidades. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17 (2): 165-9.
18. Moura CFS, Lopes GT, Santos TCF. Humanização e Desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):182-7.
19. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução No 36/2008, de 3 de junho de 2008. Dispõe o *sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção*

Obstétrica e Neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. [citado em 11 jan de 2012]
Disponível em: www.elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=31712&Word

20. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2009; 9:59-67.

21. Versani CC, et al. Maternidade Segura: Relato de Experiência. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 109-114, jan./mar. 2008.

22. Deslandes, S. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p. 615-626, 2005.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização do parto é preconizada pelo MS e evidenciada como benéfica e necessária por diversos autores. Porém, nas práticas assistenciais vistas por todo o país, assim como no presente estudo, o assunto ainda precisa ser muito discutido e colocado em prática, em ações que preservem os direitos das mulheres e de suas famílias, proporcionando assistência de qualidade.

É possível concluir que os gestores têm conhecimento sobre as diretrizes que norteiam o PHPN. Para efetivar esta proposta, encontram-se ainda em processo de instrumentalização. Existe a necessidade da adequação da estrutura física do CO para que ocorra a real implantação.

Os gestores apontam também a importância de adequar os recursos materiais, para que se possa transformar o CO em espaço favorável às ações do PHPN. Um futuro credenciamento do hospital poderá possibilitar o recebimento de incentivo financeiro por parte do governo federal, para que possa auxiliar na manutenção do processo de humanização.

A presença do acompanhante durante o transcorrer do processo de parturição, é de extrema importância, pois uma pessoa de confiança, ao lado da parturiente durante o parto, proporciona mais segurança e conforto. O hospital necessita elaborar protocolo de atendimento às gestantes, com base nas diretrizes do PHPN, pois este orienta para um tratamento diferenciado.

A partir da análise dos dados, foi possível concluir que existem diversos problemas que desafiam a concretização da atenção humanizada ao parto. A resistência e a insensibilidade dos profissionais a cerca da importância do PHPN originam obstáculos, o número insuficiente de trabalhadores e o elevado índice de partos cesáreos foram apresentados como obstáculo para as recomendações do PHPN.

Como estratégia, ficou evidente que mudar a área física do CO pode favorecer a implantação do PHPN; treinamentos e capacitações foram apresentados como uma estratégia para tentar sensibilizar os profissionais. Corroborando com as estratégias existe a necessidade de cobrança por parte do governo. Uma posição firme seria a forma mais segura de obter a efetivação do parto humanizado.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo. Há forças de resistência, pois o processo envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam receio e medo. Cabe salientar que toda e qualquer medida que modifique padrões no comportamento, nas atitudes e nos valores, envolve um processo de conscientização e sensibilização que

geralmente é demorado, e se depara com relações e padrões já estabelecidos. Os padrões conhecidos parecem mais seguros. Além disso, cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Assim, entende-se que, as mudanças no entendimento acerca da qualidade da atenção ao parto e a incorporação de novas atitudes só serão possíveis a partir de investimentos voltados para o aperfeiçoamento e capacitação dos trabalhadores da saúde, que enfatizem as vantagens e benefícios do PHPN.

Considerando a existência de evidências científicas que comprovam a efetividade da prática humanizada, é essencial que a formação acadêmica incorpore as mudanças no paradigma de atenção à saúde da mulher, pautados na atenção integral e nos direitos sexuais e reprodutivos. São fundamentais também o entrosamento das diversas disciplinas profissionais, com vistas ao trabalho em equipe que garanta a saúde e os direitos das mulheres e de seus recém-nascidos; o preparo da gestante para o parto e nascimento desde o pré-natal; a ampla divulgação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na mídia e nos serviços de saúde; a efetiva incorporação do modelo humanizado da atenção como diretriz e filosofia institucional e a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais.

Direcionando essa discussão para os profissionais de Enfermagem, compreende-se que estes, como agentes educadores, podem contribuir para o processo de mudança nas práticas institucionais voltadas à parturição. A enfermagem necessita sensibilizar e mobilizar a equipe de saúde e os gestores institucionais, com vistas a esse novo modelo de atenção. Além disso, é imprescindível explorar esse campo do cuidado de Enfermagem com o desenvolvimento de estudos científicos buscando identificar estratégias para melhorar a qualidade do cuidado e para implementar as recomendações cientificamente comprovadas.

Embora não seja garantia de mudança do modelo de assistência ao parto, a inclusão do enfermeiro (a) obstetra na assistência ao parto de baixo risco tem mostrado que é medida capaz de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e de oferecer atenção à saúde de forma mais integral. Esse profissional, oferece o necessário suporte emocional à mulher e sua família.

Ao mesmo tempo, é desejável que os médicos obstetras redefinam seu papel na assistência ao parto. Há necessidade de posturas menos intervencionista na assistência ao parto de baixo risco, compreendendo a importância do suporte físico e emocional para a parturiente. Assim, pode-se dedicar mais atenção na assistência às gestantes de risco e às urgências e emergências obstétricas.

Trabalhando em equipe com a enfermagem obstétrica seria possível ao médico obstetra participar da assistência obstétrica de forma integral. Atenderia desde as complicações surgidas na assistência à gestante de baixo risco durante o trabalho de parto até a prestação da assistência às gestantes que já sabidamente necessitariam não apenas de acompanhamento, mas efetivamente de intervenções médicas de qualidade que pudessem garantir a sua saúde e a de seu bebê.

A decisão política de implantação da enfermeira obstetra na assistência ao parto de baixo risco necessita vir acompanhada de estratégias de apoio para a sua concretização em virtude da disputa inevitável pelo mercado da assistência obstétrica que e tal medida acarreta. Os programas de ensino, treinamento e aperfeiçoamento precisariam oferecer aos enfermeiros e aos médicos obstetras o conhecimento não apenas dos aspectos médicos, mas também a sensibilização para os aspectos afetivos da gestação, necessários a uma assistência adequada às gestantes.

É necessário prover também aos médicos obstetras que atendem os casos de risco o treinamento para a execução das técnicas de operatória obstétrica. Assim, estes profissionais terão maior segurança na condução dos partos vaginais com algum tipo de complicação, evitando a indicação de cesarianas desnecessárias.

A humanização no trabalho de parto e nascimento continua sendo uma política governamental que, embora tenha princípios ótimos, está longe de ser eficaz na maioria das instituições. Isso se deve, talvez, não apenas aos déficits na infraestrutura ou à escassez de recursos financeiros, mas principalmente à carência de contato com a temática da humanização em todos os cursos que envolvem o cuidado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

É necessário que os profissionais visualizem a importância das medidas assistenciais diferenciadas abordadas pelo PHPN. Dessa forma, essas práticas poderão ser realmente oferecidas às parturientes. Não apenas servirão como meio de atender a uma norma governamental.

A proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes à proposta, da capacitação e da sensibilidade dos profissionais.

É necessário que o processo de humanização tenha início no Pré-Natal, ou antes. A humanização da assistência não se inicia no Centro Obstétrico e não se resume apenas à parturiente. Este cuidar necessita envolver também familiares e profissionais de saúde, pois

estes também precisam de cuidados humanizados que os estimulem a prestar uma assistência humanizada à população.

A humanização da assistência perpassa, seguramente, pela qualidade da assistência prestada no pré-natal, pelo envolvimento da mulher, sua família e demais acompanhantes, no processo de gestar e parir. Sobre influência também, possivelmente, antes mesmo da concepção, considerando suas limitações e potencialidades biológicas, socioculturais e afetivas da mulher.

Sendo assim, humanizar o parto é dar à mulheres o que lhes é de direito: um atendimento seguro, acolhedor e que respeite suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais, independente do profissional que dela cuide ou da instituição onde esta se encontre. Esta realidade ainda é um desafio para todos nós.

A pesquisa provavelmente contribuirá de maneira efetiva para o processo de implementação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da saúde nesta instituição pesquisada, servindo também como fonte para outros possíveis trabalhos nesta mesma linha de pesquisa.

REFERÊNCIAS

BITTAR: **Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino.** RAS _ Vol. 5, Nº 17 – Out-Dez, 2002

BOARETTO M. C. MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro** Rio de Janeiro, setembro de 2003.

BOSIO, Regina S. **Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade: Uma análise da prática de atividades multi e interdisciplinares na visão dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Petrópolis – RJ.** 2009. p 105. Dissertação (Mestrado) – Escola Brasileira de Administração Pública e de empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa da Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras Providências. Brasil, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos.** Brasília, 2000.

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

_____. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. **Garante às parturientes a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da União. Brasília, 2005a.

_____. Portaria GM/MS n.2418, de 02 de dezembro de 2005. **Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da União. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Decreto nº 7.082, de 27 de Janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais –REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasil, 2010 a.

_____. Medida Provisória nº 520, de 31 de Dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. Brasil, 2010b.

BOFF, L. Virtudes para um outro mundo possível, vol. III: comer e beber juntos e viver em paz. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BUSANELLO, J. et al. **Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico.** REBEN. No prelo.

CAMARGO, A. T.; DIAS, L. O. **Comunicação: Um Instrumento Importante para Humanizar o Cuidado de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** Na. 8 ° Simp. Brás. Comum. Enferm. Maio, 2002. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100029&script=sci_arttext Acessado em: junho de 2010.

CARVALHO, V. F. et al. **Práticas Prejudiciais ao Parto: Relato dos Trabalhadores de Saúde do Sul do Brasil.** rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 92-98

CARVALHO, V. F.C., et al. **Como os Trabalhadores de um Centro Obstétrico Justificam a Utilização de Práticas Prejudiciais as Parto Normal.** Rev Esc Enferm USP. 2011. No prelo.

CAVALCANTE MBG. **Humanização no processo de formação de profissionais de saúde: experiências de alunos do curso de graduação em enfermagem.** [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações.** 7. ed. rev. e atual.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

DALLORA M.E.L.V., FORSTER A.C. **A importância da gestão de custos em hospitais de ensino . considerações teóricas.** Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (2): 135-42.

DESLANDES, S. **A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro.** Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.3, p. 615-626, 2005.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):669-705.

ENKIN M, KEIRSE M.J.N.C., et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. Rotinas Hospitalares. p. 137-14

FUSTINI, S. M. **O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado.** Acta Paul Enferm. 2008; 21(3): 420-6.

Humanização do Parto – que história é essa? Dossiê Humanização do Parto. Disponível em: www.redesaude.org.br. Acessado: Abril de 2010.

HOTIMSKY, S.N.; SCHRAIBER, L. B.; **Humanização no contexto da formação em obstetrícia** Ciência e saúde Coletiva, 10 (3):639-649,2005.

LOUSADA, STANG, CALABREZ;2008. **Administrar e Humanizar no Hospital Revista FACEVV - 2º Semestre de 2008 - Número 1**

MACHADO, N.X.S.; PRAÇA, N.S.**Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente.** Rev Esc Enferm USP, 2006; 40 (2): 274-9.

MAGALHÃES, F.J.; ROLIM, K.M.C.; CAMPOS, A.C.S.; CARDOSO, M.V.L.M.L., SILVA, R.M.**Sensibilizando os Discentes para o Cuidado Humanizado: Vivências do Ensino-Aprendizagem** Rev Rene;5(2):79-85,jul-dez.2004.

MALDONADO MT, CANELLA P. **Recursos de Relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.** Rio de Janeiro: Reichamanm e Affonso Ed.; 2003.

MARTINS MCFN. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

MÉDICI, A.C. **Hospitais universitários: passado, presente e futuro.** Rev Assoc Med Bras 2001;47 (2):149-56.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enferm 2008; 17(4): 758-64.

MORESCHI, C. et al. **Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional.** R. Enferm. UFSM [periódico na internet]. 2011 [citado em 11 mar.2011];1(1):22-30.

Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2086/1508>. Acessado: Maio de 2010.

MOURA, C.F.S.; LOPES, G.T.; SANTOS, T.C.F. **Humanização e Desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):182-7.

NAGAHAMA, E.E.I., SANTIAGO, S.M. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil.** Cad Saúde Pública. 2008; 24: 1859-1868.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

ORÍÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. – **A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em: < www.fen.ufg.br>. Acessado em: Maio de 2010.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2009.

PROGIANTI, J.M.; MOUTA, R.J.O. **A Enfermeira Obstétrica: Agente Estratégico na Implantação de Práticas do Modelo Humanizado em Maternidades**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):165-9.

REIS, A.E.; PATRÍCIO, Z.M. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina**. Ciência e Saúde Coletiva, v.10, n.sup, p.221-30. 2005.

SILVA, M. J.P. **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde**. Revista Bioética. Vol. 10, n. 2, 2002.

SILVEIRA, J.C. ; RIESCO, M.L.G. **Ensino da Prevenção e Reparo do Trauma Perineal nos Cursos de especialização em Enfermagem Ostétrica**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):512-7.

VERSANI, C.C.; et al. **Maternidade Segura: Relato de Experiência**. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 109-114, jan./mar. 2008.

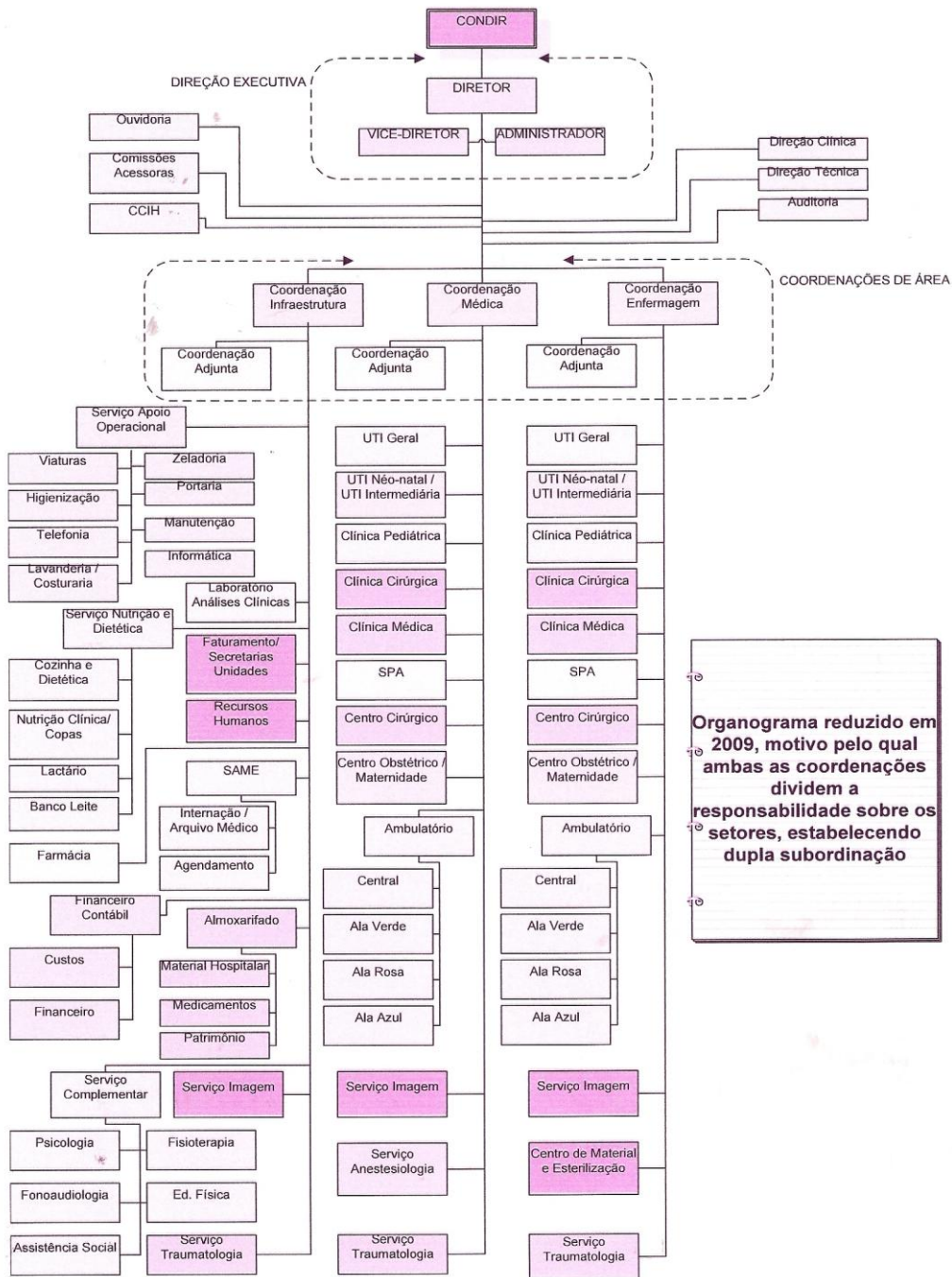
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANEXO A

**ORGANOGRAMA DA GESTÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DRº MIGUEL RIET CORREAJÚNIOR**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANEXO B

INSTRUMENTO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Você sabe o que contempla a proposta do MS acerca do parto humanizado?

2. Você considera que há interesse do hospital em ser credenciado pelo MS para realizar o parto humanizado?

3. Você considera que o programa do parto humanizado traz benefícios às gestantes? Por quê?

4. Que estratégias você considera necessárias para alcançar a efetivação do parto humanizado neste hospital?

5. Que dificuldades você visualiza para essa efetivação?

Entrevistador: _____ Data: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANEXO C



CEPAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
3º andar do Hospital Universitário, Rua visconde de Paranaíba n.º 102 - Campus Saúde
Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 0235 / 3233 6736 - Fax: 3233 6822 (PROPESP)
E-Mail: cepas@furg.br Homepage: <http://www.cepas.furg.br>

PARECER Nº 031/2008

PROCESSO Nº 23116.001158/2008-61

CEPAS Nº 14/2008

TÍTULO DO PROJETO: "Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Nalú Pereira da Costa Kerber

PARECER DO CEPAS:

Após a análise do seu projeto por este Comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, o mesmo foi APROVADO.

Segundo normas da CONEP devem ser enviados relatório de acompanhamento aos Comitês de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório parcial: jan/2009 e jan/2010.

Data de envio do relatório final: jjan/2011.

Rio Grande, RS, 14/05/2008.


Alexandra M. S. de Freitas
Coordenadora do CEPAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANEXO D

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA MACRO-PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA VIVER MULHER

DECLARAÇÃO

Eu, Nalú Pereira da Costa Kerber, autorizo a mestranda Daiane Bittencourt de Lemos, a utilizar os dados da pesquisa "**Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes**", em seu trabalho "O PARTO HUMANIZADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL - O OLHAR DOS GESTORES".

Profa. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber

Coordenadora da Pesquisa