



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

LUZICLEIDE PEREIRA DE ARAÚJO

**HUMANIZAÇÃO DO PARTO: SIGNIFICADO E PRÁTICA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

CAMPINA GRANDE – PB
2011

LUZICLEIDE PEREIRA DE ARAÚJO

**HUMANIZAÇÃO DO PARTO: SIGNIFICADO E PRÁTICA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao curso de Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em
cumprimento as exigências para obtenção do
título de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Roberta Lima Gonçalves

CAMPINA GRANDE – PB
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A663h Araújo, Luzicleide Pereira de.
Humanização do parto [manuscrito]: significado e prática para profissionais de saúde / Luzicleide Pereira de Araújo.
64 f.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.
“Orientação: Profa. Ma. Roberta Lima Gonçalves, Departamento de Enfermagem.”

1. Parto. 2. Humanização do parto. 3. Enfermagem.
I. Título.

21. ed. CDD 618.4

LUZICLEIDE PEREIRA DE ARAÚJO

**HUMANIZAÇÃO DO PARTO: SIGNIFICADO E PRÁTICA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao curso de Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em
cumprimento as exigências para obtenção do
título de graduação em Enfermagem.

Aprovado em 20/CG/2011.

Roberta Lima Gonçalves

Prof. Ms. Roberta Lima Gonçalves/UEPB.

Orientadora

Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Prof. Dr. Gabriela Maria Cavalcanti Costa/UEPB.

Examinadora

Suely Deysny de Matos Célio

Prof. Ms. Suely Deysny de Matos Célio

Examinadora

Dedico esta conquista primeiramente a Deus, minha fonte de inspiração divina. Aos meus pais, Luíz e Cleide, pelo apoio e amor constantes, por sempre acreditar e me fazer acreditar que sou capaz, e que apesar das dificuldades da vida, batalharam juntos para que eu pudesse concretizar esse sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar nas horas em que as forças me falharam, por transmitir luz e sabedoria à minha vida.

Aos meus pais, que me deram amor e apoio infinito e incondicional, proporcionando o melhor que eles podiam me dar e por vezes o que não podiam. Obrigada meu Deus por me conceder pais tão maravilhosos.

À minha família, por torcer pelo o meu sucesso e por compartilhar comigo essa vitória.

Às minhas madrinhas, Neli e Alcionéia (Neinha), que apesar da distância, mostram-se sempre presentes em minha vida, dando-me força e intercedendo por mim em suas orações.

À Hugo Leonardo, meu namorado, companheiro e amigo, pelo carinho, dedicação, cumplicidade e paciência em todos os momentos.

Às minhas grandes amigas Evylla e Kívia, muito obrigada pela amizade e pela força, principalmente nos momentos mais difíceis e pelas horas maravilhosas de conversas, conselhos e boas risadas juntas. Vocês são verdadeiras irmãs pra mim.

À Aninha, uma amiga que entrou na minha vida “de mansinho” e me traz sempre grande alegria.

Às minhas amigas Carla e Morgana, um vínculo essencial pra mim desde o ensino fundamental. Que nossa amizade perdure por muitos e muitos anos.

Ao meu primo Sandro, pelos momentos de diversão e pelo apoio.

À minha amiga e companheira de apartamento Jennifer, obrigada pelas inúmeras vezes que me apoiou e me colocou “pra cima” e por me fazer acreditar que tudo iria dar certo, me encorajando sempre e enfrentando junto comigo essa caminhada. E que apesar de fazer parte da minha vida à pouco tempo, já representa muito pra mim.

Aos meus vizinhos e amigos Airton e Franzúncil, pelo apoio e companheirismo e pelo fato de sempre poder contar com vocês.

Aos meus amigos Diego e Amanda, pela força e pelo carinho.

À Wislane Shirley, pela parceria e amizade. Por ter me encorajado e me ajudado nos momentos difíceis. Desejo que você alcance o merecido sucesso.

À minha Professora e Orientadora Roberta Lima Gonçalves, que me mostrou o caminho com profissionalismo, ética, paciência, dedicação e confiança. Um agradecimento carinhoso.

À Diretora do setor obstétrico do Hospital Regional de Itabaiana, Tânea Maria de Lucena Santos, que gentilmente permitiu o acesso ao espaço cotidiano do seu serviço.

Aos profissionais de saúde entrevistados, pela generosidade de doar seu tempo e pela boa vontade de compartilhar suas opiniões acerca da temática que envolve este estudo.

Àqueles que contribuem para que o parto seja uma experiência significativa e prazerosa na vida das mulheres.

Àqueles que de maneira direta ou indireta contribuíram para a efetivação deste trabalho por meio de amparo frente às dificuldades, compreensão e motivação diante dos sentimentos de incerteza.

À Banca examinadora, pelo aceite ao convite.

A todos os professores que tive no decorrer do curso de enfermagem, que construíram passo a passo grande parte do conhecimento que hoje detenho. Obrigada pela dedicação, carinho e competência.

A todos os meus colegas de classe, que tiveram não só a paciência de me aturar por tantos anos (risos), mas também por me aceitarem em suas vidas e contribuírem para minha formação pessoal e profissional.

A todos aqueles que constroem a Universidade Estadual da Paraíba.

A todos meus sinceros agradecimentos.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível” (Charles Spencer Chaplin).

ARAÚJO, Luzicleide Pereira de. **Humanização do parto: significado e prática para profissionais de saúde**. Monografia (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB, 2011.

RESUMO

O conceito de humanização do parto alberga um conjunto amplo de propostas que visam mudanças nas práticas assistenciais, trazendo ao cotidiano dos serviços exigências, por vezes, desafiadoras e até mesmo conflitantes. No parto humanizado, respeita-se o processo fisiológico e a dinâmica própria de cada mulher, evitando intervenções desnecessárias ou danosas. O estudo teve como objetivo: compreender o significado e a prática da humanização do parto para os profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Foi realizada no Hospital Regional de Itabaiana, Paraíba, no período compreendido entre os meses de Abril e Maio de 2011. Os dados foram colhidos de uma população de 76 (setenta e seis) profissionais de saúde, destes 23 (vinte e três) foram entrevistados. A amostra foi determinada de acordo com a saturação de respostas. Para a obtenção dos dados foi utilizado o formulário e a entrevista semi-estruturada. A análise das entrevistas foi feita a partir da proposta de análise de conteúdo sugerida por Bardin (2009). Trabalhou-se com duas categorias: significado da humanização na assistência ao parto e práticas na assistência humanizada. O estudo evidenciou que para a maioria dos entrevistados a humanização está associada a um atendimento holístico. Nesta perspectiva, o acolhimento mostrou-se como um aspecto indispensável para a humanização, contudo a atitude adotada durante a vivência profissional foi considerada um fator determinante para que a humanização aconteça. Observou-se no diálogo a possibilidade de qualificar e humanizar a assistência, sendo este uma ferramenta que oferece subsídios para uma prática verdadeiramente humanizada. Como fatores que dificultam a prática humanizada, encontramos a necessidade de capacitação profissional, a baixa remuneração, a escassez de recursos humanos e materiais como também a falta de tempo. Almejamos que o resultado desta pesquisa propicie uma reflexão mais ampla sobre a humanização da assistência à saúde, possibilitando a compreensão quanto à importância dos profissionais adotarem condutas voltadas às práticas humanizadas de assistência ao parto. Esperamos ter colaborado para a compreensão dos significados e das práticas dos profissionais envolvidos na assistência à parturiente.

PALAVRAS CHAVE: Assistência; Humanização; Parto

ARAÚJO, Luzicleide Pereira de. Humanization of childbirth: meaning and practice for health professionals. Monografia (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB, 2011.

ABSTRACT

The concept of childbirth humanization includes a wide range of proposes which aims changes at the assistance practices, bringing to the daily life challenging and conflicting requirements. The humanized childbirth respects physiological process and the dynamic of each woman, avoiding unnecessary or harmful interventions. The study aimed to: understand the meaning and practice of humanization of birth for health professionals. The specified objectives were to know the professionals' perception, to verify which care practices are necessary and to identify the difficulties faced by those professionals in order to guarantee a humanized childbirth. This is an exploratory-descriptive research with a qualitative approach. It happened at the Hospital Regional de Itabaiana, Paraíba, Brazil, between April and May 2011. Data were collected from a population of 76 (seventy-six) health professionals, of 23 (twenty-three) were interviewed. To obtain the data it was used the form and semi-structured interview. The data analysis was made from the proposed content analysis purposed by Bardin (2009). Worked with two categories: meaning of humanization of childbirth care and humane care practices. It was realized that for the biggest part of the professionals interviewed, the humanization is connected to an holistic treatment, considering the individual needs of each woman. In this perspective, the host proved to be an indispensable aspect of the humanization, but the attitude during the professional experience was considered as a determining factor for the humanization happen. There was the possibility of dialogue qualify and humanize care, which is a tool that provides grants for a truly humane practice. As factors that hinder the practice humane, we find the need for job training, low pay, shortages of human and material resources as well as the lack of time. We really want the result of this research fosters a broader reflection on humanization in health care, enabling the understanding of the importance of professional conduct directed to adopt practices of humanized childbirth care. We hope to have contributed to the understanding of the meanings and practices of professionals involved in assisting women during childbirth.

KEYWORDS: Assistance; Humanization; Childbirth

LISTA DE SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centros de Parto Normal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPPN	Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCPR	Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	16
3.2	O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E A (DES) HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	17
3.3	O CONCEITO E A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	21
3.4	CARACTERIZAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO	22
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
4.1	TIPO DE ESTUDO	25
4.2	LOCAL DO ESTUDO	25
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	25
4.4	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS	26
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	26
4.6	ASPÉCTOS ÉTICOS	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	28
5.2	COMPREENSÃO DOS ENTREVISTADOS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	31
5.2.1	CATEGORIA I: SIGNIFICADO DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	31
5.2.1.1	Abordagem holística x humanização no parto	31
5.2.1.2	O acolhimento como aspecto essencial à humanização	34
5.2.2	CATEGORIA II: PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO	36
5.2.2.1	Vivência profissional e humanização	36
5.2.2.2	Cuidados necessários à parturiente na garantia da humanização	37
5.2.2.3	O diálogo como instrumento da assistência humanizada	38
5.2.2.4	A garantia do direito ao acompanhante	40
5.2.2.5	Utilização de métodos não farmacológicos	42

5.2.2.6	Fatores que dificultam a prática humanizada	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICES		
	APÊNDICE A - Instrumento I de Coleta de Dados	
	APÊNDICE B - Instrumento II de Coleta de Dados	
ANEXOS		
	ANEXO A - Termo de Autorização Institucional da Pesquisa	
	ANEXO B - Comprovante de Aprovação do Comitê de Ética	
	ANEXO C - Recomendações da Organização Mundial da Saúde no Atendimento ao Parto Normal	
	ANEXO D - Lei que Garante as Parturientes o Direito à Presença de Acompanhante	

1 INTRODUÇÃO

A assistência humanizada tem ocupado um ilustre espaço nas discussões do campo da saúde, no qual sua presença tem sido relacionada à qualidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde aos usuários (SILVA, 2008). No entanto, para que a humanização ocorra é necessário que ela seja tomada como a filosofia da instituição, onde esta deve propiciar as condições indispensáveis para desenvolvê-la. Estas condições são recursos humanos qualificados, materiais e tecnologia, bem como a apropriada estrutura física (CECCATO, 2001).

Esta amplitude necessária para que a humanização se faça presente, faz com que o termo englobe várias dimensões, uma vez que este diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque é relativa a um processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do Sistema Único de Saúde (RATTNER, 2009).

No âmbito da assistência ao parto, tem-se debatido bastante sobre as práticas de humanização e, nos últimos anos, vários autores e instituições têm demonstrado preocupações sobre a necessidade de se implementar de forma efetiva tais práticas, propondo mudanças no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco.

O conceito de humanização alberga uma multiplicidade de interpretações, no que concerne ao parto, engloba um conjunto amplo de propostas que visam mudanças nas práticas assistenciais, trazendo ao cotidiano dos serviços exigências, por vezes, desafiadoras e até mesmo conflitantes (DINIZ, 2005).

No parto humanizado, respeita-se o processo fisiológico e a dinâmica própria de cada mulher, evitando intervenções desnecessárias ou danosas. Utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos e garantindo a promoção da saúde da parturiente e do bebê (BRASIL, 2001b).

No entanto, observa-se que nas últimas décadas há uma crescente medicalização e institucionalização do parto, com a introdução de tecnologias por vezes utilizadas desnecessariamente, retirando da mulher o protagonismo na parturição. Além disso, nota-se uma despersonalização da relação profissional/paciente, e isso redundando em ações mecânicas e frias que nada tem a ver com o atendimento das necessidades da mulher no momento do parto (BRUGGEMANN, 2001).

Neste contexto, percebendo-se a necessidade inerente de se estabelecer preceitos e rediscutir o modelo de assistência ao parto, o Ministério da Saúde criou ao longo dos últimos anos, várias propostas que também estão voltadas para a humanização da assistência (DIAS, 2006a). Assim, em 2003, a humanização tornou-se uma política pública de saúde, denominada de Política Nacional de Humanização ou HumanizaSUS (BRASIL, 2010).

Além disso, a Organização Mundial de Saúde apresenta propostas para o uso apropriado de tecnologias para o parto e nascimento, pautando-se em evidências científicas. Trazendo, desta forma, contribuições importantes para o debate no que tange a humanização das práticas assistenciais ao parto (FIALHO, 2008).

Refletindo sobre isso, torna-se possível compreender o quanto é importante que se tenha uma conduta voltada às práticas humanizadas de assistência ao parto.

No entanto, enquanto acadêmica de enfermagem, o que foi possível evidenciar no estágio supervisionado de obstetrícia, foram práticas de assistência ao parto distantes do que preconizam o Ministério da Saúde e a OMS. Assim, foi vislumbrada a necessidade de investigar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a humanização do parto.

Nesse sentido, o presente estudo foi norteado pelas seguintes perguntas condutoras: Qual o significado da humanização do parto para profissionais de saúde? Quais práticas assistenciais são reconhecidas como humanizadas e necessárias à parturiente pelos profissionais de saúde?

OBJETIVO

Compreender o significado e a prática da humanização do parto para os profissionais de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A proposta de humanização tem sido amplamente discutida no cenário nacional desde o início da década passada, com o reconhecimento por parte do governo federal da necessidade de torná-la presente nas ações e serviços de saúde.

Inicialmente, a humanização foi introduzida nas políticas públicas de saúde através do Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde através Portaria/GM n.º 569 de 01/06/2000, objetivando assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva de garantir os direitos de cidadania (BRASIL, 2002). Além disso, a humanização também foi incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano (FERREIRA et al., 2010).

No entanto, reconhecendo-se que a questão da humanização não era necessidade apenas da área da saúde da mulher, surgiu, no ano de 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), propondo que as ações de melhorias na instituição hospitalar e na formação educacional dos profissionais de saúde estejam integradas, a fim de mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições (BRASIL, 2001a).

Posteriormente, e ainda com o intuito de ampliar a questão da humanização em todas as ações e serviços de saúde, o governo federal cria em 2003, a Política de Humanização da Atenção e da Gestão, mais conhecida como Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, uma iniciativa inovadora no SUS, que tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde (BRASIL, 2010).

Neste sentido, o mesmo autor também coloca que a PNH assume uma tarefa desafiadora, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, com a incorporação de novas concepções no campo do trabalho.

Tais concepções devem ter a humanização como eixo norteador das práticas dos profissionais de saúde e das decisões de gestores, contribuindo assim para a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimulando as práticas de co-gestão

dos processos de trabalho, buscando também atender às demandas manifestadas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Superando, desta forma, o atendimento baseado somente nas necessidades biológicas, priorizando uma assistência baseada na integralidade da atenção e no respeito aos direitos dos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004).

Deste modo, a humanização proposta pela PNH deve ser entendida como uma prática que considera a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) com o fomento da autonomia e do protagonismo das pessoas envolvidas, aumentando, então, o grau de corresponsabilidade destas (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Neste contexto, a temática humanização da assistência, alberga questões fundamentais no que concerne à construção das políticas de saúde. Humanizar significa tanto ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, como também de atendimento ao usuário (BRASIL, 2004).

Assim, a humanização revela-se como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar a realidade moldando a si mesmo neste processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Além disso, conforme os autores supracitados, a humanização como política deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Assim sendo, a humanização deve criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe como também nas formas de atendimento ao usuário. Isto supõe, é claro, lidar com necessidades, desejos e interesses dos envolvidos.

Compreende-se que é direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde. Para garantir esse direito, é preciso empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, disseminando uma nova cultura de atendimento humanizado (BRASIL, 2001a).

3.2 O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E A (DES) HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A assistência prestada à mulher durante o processo de parturição sofreu várias modificações através dos tempos, principalmente em decorrência da medicalização e

hospitalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento das práticas médicas (SEIBERT et al., 2005).

Conforme Motta (2009), o processo de medicalização do parto teve início na Europa, delineando-se já nos séculos XVII e XVIII. Estendendo-se ao Brasil por meio das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro em 1808, quando ocorreu a transferência da corte imperial portuguesa para a então colônia.

A medicalização é entendida como o processo de modificar aspectos da vida cotidiana em elementos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais. Assim sendo, a medicalização do corpo da mulher envolve aspectos relativos à sexualidade e maternidade desta, além de fatores inseridos em sua história social, subordinando a condição orgânica com a condição social e, portanto, trazendo efeitos sobre a subjetividade feminina e consequentemente à maternidade (VIEIRA, 2002).

Durante muitos anos, sobretudo no começo do século passado, os partos eram realizados por parteiras ou comadres, as quais eram mulheres de experiência reconhecida pela sociedade, respeitadas e de confiança da gestante e que cumpriam a tarefa de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. O atendimento ao nascimento era considerado uma atividade desvalorizada e os médicos eram raros e pouco familiarizados em assistir o parto. Assim, a mulher em processo de parturição era atendida majoritariamente no domicílio pelas parteiras (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Os médicos do século XIX, buscando facilitar o estudo do corpo da mulher, passaram a discutir em prol da hospitalização, da criação de maternidades e assim, foi colocada em dúvida a competência das parteiras (SEIBERT et al., 2005). Junto ao surgimento das grandes metrópoles e a criação de hospitais, em meados do século XX, ocorre a consolidação do processo de medicalização e institucionalização do parto, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, utilização de fórceps profilático e episiotomias desnecessárias (PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Vale ressaltar que apesar da aproximação médica com o parto ter sido iniciada no século XVI, a prática da medicalização deste se desenvolveu, organizou e teve legitimidade, somente durante o século XVIII e XIX. Um fator que veio a contribuir foi, justamente, o uso do fórceps pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, o que levou à ocorrência de um declínio na atuação das parteiras (VIEIRA, 2002).

A institucionalização progressiva do parto aconteceu após a Segunda Guerra Mundial, por volta do século XX. Nesta época, os médicos procuravam adquirir maiores conhecimentos quanto à cirurgia, antibioticoterapia, anestesia, assepsia e hemoterapia. O domínio das

técnicas possibilitou que a cesariana fosse tida como opção para o parto. Assim, a partir da institucionalização deste e em décadas recentes, tem-se procurado aprimorar as práticas para iniciar, acelerar, adequar ou monitorizar seu processo fisiológico (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Somente a partir dos anos 40, começou o aumento da procura pela hospitalização dos partos, e chegamos ao final do século passado com mais de 90% dos partos realizados em hospitais (RATTNER, 2009). A institucionalização da assistência à parturiente fez com que o parto hospitalar se tornasse predominante. Deste modo, o parto passou a ser de responsabilidade dos profissionais de saúde, não ficando mais a cargo das parteiras, como antes era observado (CASTRO; CAPLIS, 2005).

O parto, que antes era um evento privado, íntimo e feminino, passa a ser vivenciado de forma pública a partir do momento que se desloca para as instituições de saúde com a presença de outros atores sociais. Assim, a parturição torna-se um momento desconhecido e amedrontador para a mulher que está prestes a experienciá-lo. Em contrapartida, transformou-se em um evento mais conveniente e asséptico para a maioria dos profissionais de saúde envolvidos neste (WOLFF; MOURA, 2004).

De acordo com Vargens e Progiant (2004), é preciso esclarecer que a posição feminina frente ao processo de medicalização não foi propriamente a de vítima. As mulheres, essencialmente aquelas de classe mais elevada, não aceitavam mais o fato de terem que sentir a dor do parto e não desejavam exporem-se a riscos, além do que, parir com a assistência de um médico significava maior poder aquisitivo do seu marido.

Não se pode deixar de admitir o fato da tecnologia e dos progressos científicos terem proporcionado grandes avanços na qualidade da assistência obstétrica, tendo como exemplo a evolução da operação cesariana, a qual, de início, era realizada em algumas situações para assegurar a vida tanto da mulher como do bebê. No entanto, observa-se que esse procedimento passou a ser realizado sem justificativas obstétricas apropriadas, propiciando medicalização excessiva do processo natural e fisiológico que é o parto (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Corroborando com a idéia do parágrafo anterior, Duarte (2005) afirma que a partir da inclusão de diversos métodos sofisticados na assistência ao parto, o nascimento transformou-se de evento fisiológico natural em um complicado procedimento médico, onde diversas drogas e intervenções são aplicadas por vezes de maneira desnecessária, trazendo riscos ao bebê e à mãe.

Apesar da diminuição da mortalidade materna e neonatal ter sido em grande parte atribuída à hospitalização do parto e aos avanços da medicina, percebe-se que isto teve como consequência uma modificação abrupta no cenário do nascimento. Permeado pelo cerimonial de internação: separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular; simbolicamente, a mulher foi desprovida de sua individualidade, autonomia e sexualidade. Em outras palavras, a atenção passou a ser planejada como uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em resposta a isso, desde o início da década de 80, a Organização Mundial da Saúde propõe o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimentos apoiado em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico de atenção. Entretanto, mesmo havendo evidências científicas suficientes para que sejam viabilizadas modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, este ainda persiste e desmedicalizá-lo implicaria em perda do controle do processo de parturição (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A visão do trabalho de parto e parto como eventos de risco e a necessidade de conformá-los ao processo de produção do hospital implicam quase sempre na tentativa de regulação e controle do mesmo, levando às inevitáveis interferências. Compreende-se, então, que foi instaurado o conceito de que é possível comandar o nascimento e que o parto era perigoso (DIAS, 2006b).

A utilização indevida da prática da medicalização, refletida na maneira como o corpo feminino vem sendo tratado, é determinada por múltiplos fatores: históricos, estruturais, conjunturais. Contudo, a origem dessa permissividade é adjudicada à forma como a sociedade em geral e a medicina particularmente encaram o corpo da mulher (BRASIL, 2000).

Face ao exposto, entende-se que com a medicalização e consequente hospitalização do parto supervalorizou-se o enfoque técnico e clínico do nascimento, deixando de enfatizar a importância da fisiologia natural do processo de parturição, negligenciando, muitas vezes, seus aspectos psicoemocionais e sociais, sendo negado à parturiente seu direito de experienciá-lo de acordo com os seus significados adquiridos culturalmente. Contudo, o parto hospitalar tornou-se regra, atingindo resultados importantes para a obstetrícia na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal.

De fato, devido a esse modelo de medicalização do parto voltado para a assistência à parturiente no âmbito hospitalar, a mulher muitas vezes não tem sequer noção do que seria o respeito à sua individualidade, satisfaz-se em encontrar um leito obstétrico para acolhê-la quando vai parir. Nesse sentido, a assistência à mulher deixa de ter seu ponto fundamental,

que é o de ser voltada para ela própria, sendo esta uma pessoa com princípios, cultura, vontades e medos (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Considera-se, portanto, que assistência centrada nas necessidades das parturientes, seria a mais efetiva e eficaz, ao invés de ser organizada segundo as necessidades de instituições e profissionais. Acredita-se que no momento do nascimento de seu filho, a paciente não necessita somente de cuidados físicos, mas também da presença de pessoas que a apóie, dê compreensão, informação e tranquilização (DINIZ; CHACHAM, 2002).

3.3 O CONCEITO E A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

O termo humanizar e seus derivados têm adquirido sentidos diversos, em contextos igualmente distintos. Simões e Conceição (2005) afirmam que humanizar é ter uma postura de respeito à natureza do ser humano, envolta na sua essência, singularidade, totalidade e subjetividade.

No que se refere à saúde da parturiente, a humanização deve ser entendida como uma inovação da visão do parto, englobando aspectos antropológicos, físicos e psicológicos (FERREIRA, 2002) com o reconhecimento dos direitos fundamentais e a preservação da integridade corporal do binômio mãe-filho; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e os apoios emocionais, sociais e materiais no ciclo-gravídico puerperal; a proteção contra abuso e negligência (QUEIROZ et al., 2003).

Por isso, Dias e Domingues (2005) acrescentam que a humanização da assistência ao parto implica, principalmente, numa atuação profissional que respeite os aspectos da fisiologia do parto, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento. Nesta perspectiva, o profissional deve oferecer o suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

Outros aspectos, também ressaltados pelos mesmos autores, se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, onde deve haver a elaboração de um plano de parto individualizado, que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem, e também a garantia de ter um acompanhante de sua escolha. Além disso, é importante que as parturientes sejam informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas, a fim de terem os seus direitos de cidadania respeitados.

De acordo com Amorim (2008), para humanizar a assistência de maneira holística, deve-se empregar recursos de acolhimento e escuta, colaborando de forma efetiva, para a modificação do modelo assistencial hegemônico caracterizado por uma visão tecnicista.

No entanto, é relevante destacar que o encontro genuíno entre os profissionais de saúde e usuários, essencial para a humanização da assistência, só se tornará concreto a partir do momento em que os profissionais estiverem preparados e disponíveis para tal acontecimento (HOGA, 2004).

Diniz (2005) coloca que a humanização surge com a necessidade de redefinir as relações humanas na assistência, como uma reavaliação do projeto de cuidado, e mesmo da forma como é compreendida a condição humana e de direitos humanos.

Portanto, é neste sentido que emerge a necessidade de ter um novo enfoque da realidade, onde é imprescindível instituir uma nova cultura de atendimento nas instituições de saúde, pondo em prática a interdisciplinaridade e a qualidade no atendimento.

Assim, embora se esteja ciente que a temática humanização vem sendo bastante discutida na literatura, na realidade prática, por envolver modificações do comportamento, somente poderá se tornar efetiva por meio da internalização da proposta de humanização e da prática desta (CORBANI; BRETAS; MATHEUS, 2009).

3.4 CARACTERIZAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO

Ao longo dos últimos anos, o Ministério da Saúde criou várias propostas que estão voltadas para a humanização ao parto, como os oito passos para uma maternidade segura (1996), os Centros de Parto Normal – CNP (1999); Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Perinatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas, com o objetivo de qualificar e rediscutir o modelo de assistência (DIAS, 2006a).

Além disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher apresenta objetivos, metas, ações e estratégias para atingir os princípios de humanização e de qualidade da atenção. Dentre outros, pode-se citar: acolhimento humanizado, práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade, a capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços (BRASIL, 2009).

No âmbito da humanização admite-se a possibilidade de usar a tecnologia perinatal hoje existente, desde que esta seja utilizada no intuito de garantir maior segurança não só para as mães como também para os bebês, disponível para que possa ser utilizada, quando necessário, por profissionais qualificados (DIAS, 2006a).

Para que se tenha um parto humanizado, a mulher precisa ter o filho num ambiente calmo, com luz suave, cercada de pessoas dedicadas ao nascimento; ser informada sobre os

procedimentos adotados e participar das decisões; não receber raspagem dos pelos e/ou lavagem intestinal; caminhar livremente e assumir a postura que preferir (FIALHO, 2008).

O Ministério da Saúde acrescenta sobre a importância de que a mulher e seu acompanhante sejam preparados para o momento do parto, onde o objetivo principal deste preparo é favorecer que o trabalho de parto e parto sejam vivenciados com maior tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família. A companhia de algum familiar ou amigo pode não somente auxiliar a mulher a relaxar, mas também contribuir para que o serviço prestado seja mais humanizado (BRASIL, 2001b).

Assim, a atenção humanizada e de boa qualidade, implica aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, que podem apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2004).

De acordo com esse entendimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou em 1996 o documento denominado Assistência ao Parto Normal – um guia prático-, também conhecido como Recomendações da OMS no atendimento ao parto normal (ANEXO-C), traduzido e distribuído pelo Ministério da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Tal documento estabelece ações direcionadas ao atendimento da mulher durante o parto normal, as quais foram incorporadas no final da década de 1990 em programas com propostas de atenção à saúde voltadas para o processo de parturição (BRASIL, 2001b).

As recomendações da OMS preconizam que as parturientes sejam avaliadas constantemente em relação aos riscos e evolução do trabalho de parto, evitando assim, o uso excessivo de técnicas que podem ser desnecessárias e, muitas vezes prejudiciais à mulher e ao seu bebê. Tem como finalidade direcionar as ações dos trabalhadores da saúde nesse contexto de atenção.

Segundo o Ministério da Saúde, a implementação ou extinção dessas ações está diretamente relacionada à conscientização dos profissionais em reconhecer que a mulher é a principal protagonista do processo do parto, devendo sua dignidade, individualidade e valores serem respeitados (BRASIL, 2001b).

É de primordial importância acompanhar de modo sistemático os períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo que estes processos ocorram da forma natural e com participação ativa da parturiente e acompanhante. No entanto, para que isto ocorra de forma qualificada, o preparo deve ser iniciado já no pré-natal e no grupo de gestantes, com o objetivo de fortalecer as potencialidades destas (FIALHO, 2008).

O autor supracitado ainda acrescenta que a assistência humanizada ao parto objetiva oferecer alternativas não-farmacológicas de manejo da dor baseadas nas evidências, como a presença de acompanhantes e de doulas, o uso de banhos de chuveiro, bolas de parto, de pufes, e um mínimo de privacidade em salas onde as mulheres possam passar o pré-parto e o parto no mesmo leito. A disponibilidade física desses recursos e de ambientes apropriados é de extrema importância, pois viabiliza a legitimidade do modelo de assistência humanizado.

A utilização desses recursos encontra alguns limites, tais como resistência por parte dos profissionais, que não necessariamente têm experiência com o uso e que reconhecem nesses recursos não farmacológicos uma demanda extra de tempo e um menor domínio dos espaços e tempos do seu trabalho (DINIZ, 2001).

Em consonância a isto, Tornquist (2003) acrescenta que a humanização do parto engloba um conjunto de ações que visam: o incentivo ao parto vaginal; o aleitamento materno; alojamento conjunto; à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no progresso do parto; estímulo as técnicas de alívio a dor como massagens, banhos e deambulação; uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina); analgesia; abolição da prática de enema e tricotomia. O autor ainda faz uma crítica significativa à excessiva medicalização do parto pelos profissionais envolvidos na assistência.

Nesta perspectiva, o parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, passa a ser tratado com o devido respeito, como experiência altamente pessoal e familiar, passando a inspirar uma nova forma de vivenciá-lo. Assim sendo, a humanização do parto e do nascimento viria então como uma garantia de uma assistência baseada na evidência científica e na segurança, e não na conveniência de instituições ou profissionais (DINIZ; CHACHAN, 2002).

Dias e Domingues (2005) acreditam em uma nova abordagem na assistência ao parto que valorize o suporte físico e emocional, tornando a vivência do trabalho de parto e parto em experiências de crescimento e realização para a mulher, sua família e todos os profissionais envolvidos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando os objetivos propostos, optou-se por realizar um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa.

De acordo com Minayo (2004), a abordagem qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, já que busca a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional de Itabaiana, localizado na cidade de Itabaiana/PB, no período compreendido entre os meses de Abril e Maio de 2011. Tal hospital é referência na cidade e para as cidades circunvizinhas, principalmente no que concerne à assistência ao parto. Vale salientar que a maioria dos profissionais que desenvolvem a assistência no hospital onde ocorreu o estudo são oriundos de um processo seletivo e alguns profissionais são contratados.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os profissionais atuantes na assistência à parturiente, sem distinção de idade ou sexo. Os dados foram colhidos de uma população de 76 (setenta e seis) profissionais de saúde (segundo a diretora do setor obstétrico do Hospital Regional de Itabaiana), destes 23 (vinte e três) foram entrevistados. A amostra foi determinada de acordo com a saturação de respostas, ou seja, a coleta foi concluída no momento em que os dados eram suficientes para responder às nossas inquietações.

De acordo com Fontanella; Ricas e Turato (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. A amostra é operacionalmente definida com a suspensão de inclusão de novos participantes, a partir do momento em que os dados obtidos passam a apresentar uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Minayo (2004) afirma que em uma pesquisa qualitativa os sujeitos do estudo devem possuir atributos que o pesquisador deseja conhecer e estes devem ser em número suficiente para permitir que as informações reincidam, mas que esse conjunto de informações deve ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.

Como critérios de inclusão, foram considerados como aptos a participar da pesquisa, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas atuantes na assistência à parturiente por pelo menos seis meses na instituição, que aceitaram participar do estudo após a leitura dos itens expostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e mediante a assinatura do mesmo, após serem esclarecidos os objetivos do estudo.

Como critérios de exclusão, foram descartados do estudo, os profissionais que estiveram afastados do serviço durante o período de coleta, ou os que não desejaram participar da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Para a obtenção dos dados foi utilizado o formulário (APÊNDICE-A) que possibilitou descrever o perfil sócio-demográfico dos entrevistados e a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE-B), que de acordo com Minayo (2004) é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo e é através dela que o pesquisador colhe informações contidas nas narrativas dos atores selecionados.

Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

As entrevistas foram realizadas em uma sala da ala obstétrica do hospital em estudo, a qual permitia privacidade dos participantes, havendo sempre a preocupação de não interferir nos horários dos procedimentos.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas em equipamento de reprodução e gravação de áudio mp3 e transcritas na íntegra. A partir daí, as informações foram organizadas para que após leituras repetidas e minuciosas de cada entrevista, obtivéssemos uma melhor compreensão do conteúdo destas. Deste modo, processou-se a análise dos conteúdos que de acordo com Bardin (2009): É um conjunto de técnicas de análise de comunicação do conteúdo das

mensagens indicadoras que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Conforme esta autora, a análise se processa de acordo com as seguintes etapas:

A primeira etapa é denominada de pré-análise e consiste num primeiro contato com as entrevistas, no qual o pesquisador deve realizar uma leitura flutuante destas. Nesta fase, o pesquisador levanta as primeiras hipóteses, que podem vir a ser confirmadas ou não no decorrer do processo.

A seguir processa-se a exploração do material, descrita como uma etapa longa, na qual são realizados os processo de codificação para que posteriormente sejam determinadas as categorias emergentes.

O tratamento dos resultados corresponde à última etapa, a qual é o momento em que se processa a análise e discussão dos dados levantados ao longo das etapas precedentes.

4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Para iniciar o estudo, solicitou-se à direção do Hospital Regional de Itabaiana a autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa (ANEXO-A). Posteriormente, o projeto foi enviado à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, sendo concedida a aprovação sob o parecer CAAE 0081.0.133.000-11 (ANEXO-B).

Aos sujeitos deste estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, o qual prestava informações sobre o estudo, solicitava a autorização para gravar as entrevistas e assumia o compromisso de preservação da identidade dos participantes. Além disso, deixou-se claro que a participação do pesquisado seria voluntária, podendo este ter a liberdade de se retirar do estudo, antes, durante, ou depois da finalização do processo de coleta de dados, caso deseje, sem risco de qualquer penalização ou de quaisquer prejuízos pessoais, profissionais ou financeiros.

Utilizou-se como estratégia para distinguir os informantes e garantia do sigilo destes o uso da letra “E” acrescida pelo número correspondente à sequência das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

No presente estudo foram entrevistadas 23 (vinte e três) profissionais de saúde, todos envolvidos diretamente na assistência ao parto. Dentro desta totalidade, participaram da pesquisa as seguintes categorias de profissionais: 08 (oito) técnicos de enfermagem; 07 (sete) enfermeiros; 05 (cinco) médicos e 03 (três) fisioterapeutas.

Os sujeitos da pesquisa podem ser caracterizados como um grupo predominantemente feminino, uma vez que 20 (vinte) participantes do estudo foram do sexo feminino e apenas 03 (três) do sexo masculino.

Pode-se evidenciar que dos 15 (quinze) dos participantes que tem ensino superior, 12 (doze) afirmaram ser especialistas, sendo 05 (cinco) profissionais especialistas na área da saúde da mulher e 07 especialistas em outras áreas. Os demais entrevistados com esse grau, relataram não ter especialização.

Outro dado relevante diz respeito ao fato de que todos os participantes apresentam um turno de trabalho que compreende 1 (um) plantão semanal de 24 (vinte e quatro) horas. Esta informação é relevante, pois, horas prolongadas de trabalho pode interferir na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Metzner e Fischer (2001) corroboram com isto, ao afirmarem que após analisarem fatores que interferem na percepção, fadiga e capacidade para o trabalho de trabalhadores de turnos fixos diurnos e noturnos, obtiveram resultados que indicam que um maior tempo de trabalho na função diminui o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), comprometendo a qualidade deste.

A tabela 01 proporciona uma melhor visualização dos sujeitos do estudo.

Tabela 01 - Distribuição dos profissionais de saúde segundo dados gerais de caracterização.

Variáveis	n(23)	%
Idade		
18-25	3	13,04
26-32	5	21,73
33-39	6	26,08
Acima de 40	9	39,13
Sexo		
Masculino	3	13,04
Feminino	20	86,95
Escolaridade		
Ensino Superior	15	65,21
Ensino Médio	8	34,78
Categoria Profissional		
Enfermeiro	7	30,43
Técnico de Enfermagem	8	34,78
Médico	5	21,73
Fisioterapeuta	3	13,04
Turno de Trabalho		
24 horas semanais	23	100
Especialidade		
UTI e Auditoria	1	4,34
Saúde da Família	2	8,69
Saúde Coletiva	2	8,69
Fisioterapia Dermato Funcional	1	4,34
Fisioterapia em atividade motora e Trauma-Ortopedia	1	4,34
Ginecologia e obstetrícia	5	21,73
Nenhuma Especialidade	11	47,82

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

Da análise das falas dos entrevistados emergiram categorias que foram delineadas a partir do significado da humanização do parto para os profissionais de saúde. Sendo que destas emergiram subcategorias, que para uma melhor compreensão são apresentadas no quadro a seguir:

Categorias	Subcategorias
5.2.1 Significado da humanização na assistência ao parto	5.2.1.1 Abordagem holística x humanização no parto 5.2.1.2 O acolhimento como aspecto essencial à humanização
5.2.2 Práticas de assistência humanizada ao parto	5.2.2.1 Vivência profissional e humanização 5.2.2.2 Cuidados necessários à parturiente na garantia da humanização 5.2.2.3 O diálogo como instrumento da assistência humanizada 5.2.2.4 A garantia do direito ao acompanhante 5.2.2.5 Utilização de métodos não farmacológicos 5.2.2.6 Fatores que dificultam a prática humanizada

Esta divisão é uma maneira didática escolhida para apresentar os resultados e discussões, pois entendemos que as categorias são complementares e inter-relacionadas.

5.2 COMPREENSÃO DOS ENTREVISTADOS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Ao analisar o significado da humanização na assistência ao parto para os profissionais de saúde entrevistados, evidenciou-se dificuldade dos mesmos para definir de forma precisa o termo humanização. Deste modo, observou-se uma amplitude de respostas semelhantes à polissemia que o termo apresenta, variando desde o que está exposto na primeira categoria, a qual representa o significado da humanização da assistência ao parto na visão dos profissionais de saúde, onde da mesma forma, na segunda categoria emergiu um grande variabilidade de práticas na assistência humanizada ao parto.

Neste sentido, considerando os objetivos do estudo e as questões teóricas até aqui apontadas, ordenou-se e classificou-se o conteúdo dos textos, de acordo com as diversas categorias dispostas a seguir.

5.2.1 CATEGORIA I: SIGNIFICADO DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

5.2.1.1 Abordagem holística x humanização no parto

Durante a realização das entrevistas, os informantes enfocaram várias características que a humanização deve contemplar, dentre estas, destaca-se uma assistência que valorize o ser de maneira holística, no qual as dimensões psicossociais e o contexto em que a mulher encontra-se inserida devem nortear as práticas assistenciais prestadas a esta.

Eu acho assim, que humanizar a assistência é fornecer ao paciente um tratamento, uma assistência mais digna, com mais respeito, vendo todos os seus problemas na assistência numa visão holística, vendo os seus problemas familiares. Tem até os problemas psicológicos e emocionais até o próprio momento que o paciente tá enfrentando. Então, deve-se tentar entender todo esse conjunto de coisas e fornecer uma assistência da melhor forma possível pra o paciente, pra que ele se sinta mais tranquilo e consciente né, do profissional e do tratamento que está sendo oferecido (E2).

Eu acho que envolve a parte do atendimento, onde é necessário analisar o sofrimento [...], as condições de cada um, a condição de educação, e dá o tratamento de acordo com esses dados (E1).

Esse significado de humanização destacado nas falas corrobora com o que Brasil (2001b, p. 9) afirma: “O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal”.

Nos relatos, os entrevistados deixam claro que humanizar não significa somente atender bem, mas principalmente promover o bem estar, desde o momento em que a mulher chega ao setor obstétrico até o momento em que ela deixa o mesmo. Revelam ainda que a humanização não é algo que tem “receita” pronta a ser seguida, tendo em vista que as práticas humanizadas devem ser orientadas de acordo com as necessidades da mulher e planejadas de forma individualizada.

Neste sentido, Seibert et al. (2005) afirma que humanizar o parto é adequá-lo a cada mãe, a cada pai, ou seja, à família envolvida em cada nascimento. Nas falas dos entrevistados, vê-se esse mesmo posicionamento ser evocado.

A humanização envolve a questão de não tratar o paciente como mais um paciente, cada paciente tem sua história, além da história de vida como um todo, tem o histórico da doença, o porquê dele estar ali né, a história genética, a história familiar. Então você não pode tratar o paciente como mais um. Tem que tratar cada um de maneira individual (E11).

A humanização, no meu ponto de vista, é um tratamento voltado ao ser humano, no qual agente procura atender às suas necessidades naquele momento e de acordo com aquelas necessidades, a gente promove o bem estar naquele momento em que o paciente está sendo atendido. [...] ter cuidado redobrado e entender o que ela está sentindo naquele momento (E21).

Além dessa compreensão individualizada da humanização, esta também foi relacionada ao tipo de parto que a mulher será submetida, sendo o parto vaginal ou eutócico considerado o mais humanizado.

[...] o parto normal é o ideal pra humanização, o bebê ele sai naquela hora, que é a hora exata dele sair, nem mais, nem menos, entendeu? [...] quando nasce na naturalidade é porque tava no tempo e o bebê vem com a ajuda da mãe (E10).

[...] No parto humanizado toda a mulher deve parir normal até que se prove o contrário, que ela venha ter alguma intercorrência, alguma causa que não possibilite o parto normal (E23).

Em contrapartida, outros recortes das falas dos entrevistados revelam que, em vários casos, ocorre uma resistência das mulheres de submeterem-se a um parto normal, por medo da dor que este venha a ocasionar ou até mesmo por influência de amigos e familiares.

Durante o trabalho de parto assim, envolve a questão da naturalidade né, que hoje não é muito valorizada pelas mulheres. Assim, muitas vezes quando a gestante chega, já chega procurando ser cirurgiada. Mas dizem pra ela, até o pessoal de casa mesmo, os próprios familiares dizem que é melhor fazer cirurgia que ela vai sentir menos dor, que na verdade não é (E1).

[...] muitas mulheres tem medo, não sabem que o melhor é o parto natural, um parto eutócico. O parto deve ocorrer da forma mais natural possível [...] tem que ter paciência pra esperar, principalmente quando a mulher tá no início do trabalho de parto (E11).

Neste sentido, Tedesco et al. (2004) acrescentam que a escolha materna é direito humano fundamental, enfatizando que a gestante necessitaria de mais informação por parte de quem as assistem para que esse direito venha a ser assegurado. Contudo, Boaretto (2003) afirma que quando a paciente opta pela cesariana, ela pode estar sendo influenciada por vários fatores, tais como condições socioeconômicas, conveniências de obstetras e da própria mulher e ainda perspectivas negativas quanto ao parto normal.

Apesar da maioria dos entrevistados falarem de maneira enfática quanto à opção pelo parto normal, estes ainda apontaram que a inclusão de práticas intervencionistas no parto depende da necessidade de cada parturiente, desde que sejam utilizadas de forma criteriosa, no intuito de trazer benefícios para a mãe e para o bebê.

A saúde não é uma ciência exata, é uma ciência você não tem como responder. Tem paciente que você diz ô, o ideal seria não fazer uma episio, só que tem crianças que ou você faz uma episio ou ela vem a óbito. Não é bom ter um fórceps, só que, dependendo do caso você vai ter que fazer um fórceps entendeu?, Você tem que trabalhar para que evite o máximo possível de acontecer esse tipo de procedimento, mas se vier a acontecer, pra mim não significa que não são humanizados, não são uma coisa, uma coisa boa de ter acontecido, assim, mas no caso, na hora, precisava (E10).

[...] tem algumas medidas que hoje no parto humanizado eles preconizam a não realizar a episiotomia e... que eu concordo em partes..., acho que isso aí é bem de acordo com cada caso. Então a

episiotomia no contexto do parto humanizado ela não deve ser realizada, as manobras de Kristeller também a gente evita. Então, a gente evita mas, em algumas situações, eu ainda vejo que ainda existe casos pra essas medidas (E14).

Neste sentido é importante lembrar que, conforme destacam Seibert et al (2005, p. 249) “humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora”. Reis e Patrício (2005) corroboram com isto, ao afirmarem que o parto humanizado constitui uma forma de assistência que, indo além de buscar o parto normal a qualquer custo, busca resgatar a posição central da mulher no processo de parturição, respeitando a dignidade, a autonomia e o controle desta sobre a situação.

No entanto, a literatura mostra que alguns procedimentos considerados inadequados e que possuem evidências científicas que comprovam seus malefícios, permanecem sendo realizadas rotineiramente em diversos contextos da atenção ao parto, caracterizando uma assistência de risco à parturiente (CARVALHO, 2010).

Nesta perspectiva, entende-se que os trabalhadores da saúde têm uma grande importância na implementação do parto humanizado baseado em evidências científicas, considerando que estes são os principais mediadores do processo, deste modo, torna-se essencial o envolvimento científico para tornar o parto o mais natural possível (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005; SANTOS; SHIMO, 2008).

5.2.1.2 O acolhimento como aspecto essencial à humanização

Os entrevistados afirmaram que a humanização engloba o acolhimento ao usuário. De acordo com os discursos, o acolhimento se constitui como o processo de receber bem a parturiente desde a chegada da mesma ao serviço, assistindo-a de maneira respeitosa.

Eu acho que a humanização diz respeito ao acolhimento [pausa] porque ela já está num momento bem fragilizado, muitas vezes sentindo bastante dor, a gente não sabe o que deixou em casa, outros filhos, eu acho que a gente deve dar uma atenção especial a essas parturientes que chegam ansiosas né, às vezes mães de primeira viagem, não sabem direito como é que vai acontecer os procedimentos (E2).

[...] Acolher essa paciente satisfatoriamente, acolher no mínimo, eu costumo dizer, no mínimo, com educação e com respeito, [...]

tolerância com essa paciente, ter condições básicas e, e ouvir, escutar essa paciente, tirar as dúvidas desta paciente, que por ventura ela apresenta (E15).

Em concordância com as falas dos entrevistados, Houaiss e Villar (2001) concebem o acolhimento como o ato ou efeito de acolher, acolhida, maneira de receber ou de ser recebido, recepção, consideração, hospitalidade, local seguro, refúgio, abrigo. Do mesmo modo, o documento de base para gestores sobre a política de humanização do SUS também versa sobre o acolhimento como característica inerente à prática da humanização (BRASIL, 2008).

Segundo este mesmo documento, o acolhimento faz parte de um processo de construção das práticas de produção e promoção da saúde que envolve a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída.

Houve ainda, uma narrativa onde acolhimento foi visto como uma característica que não deve ser prática apenas do profissional de saúde, mas se estender a todos os profissionais do serviço.

Olha, tem vários aspectos, é ampla, muito ampla a humanização. [...] tem a ver a forma como a pessoa chega, como é tratado, como é recebido, como ele é acolhido logo de entrada na unidade, certo?. Porque às vezes, na maioria das vezes, o paciente e até nós enquanto pacientes, chegamos numa recepção pra ser atendido e as pessoas ficam olhando pra o outro lado, não dá assistência devida a pessoa que chega (E6).

Portanto, observa-se que a maioria dos entrevistados evidenciam uma certa familiaridade com o tema acolhimento e são conscientes de sua importância na prática. Neste sentido, Koerich et al. (2009) afirmam que o direito dos cidadãos terem atendimento resolutivo, acolhedor e com qualidade depende dos trabalhadores, isto é, da atitude dos profissionais responsáveis pela assistência, mas é produto também, de gestão responsável, de vontade política e de políticas de saúde.

Nesta perspectiva, o acolhimento ocupa espaço primordial na relação profissional-usuário, devendo, pois, acontecer em todos os encontros, possibilitando, deste modo, a satisfação das necessidades (TEIXEIRA, 2003).

5.2.2 CATEGORIA II: PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO

5.2.2.1 Vivência profissional e humanização

A humanização também foi relacionada ao perfil dos profissionais que atuam na assistência ao parto. De acordo com as falas, as práticas dos profissionais refletem características da personalidade. Em alguns relatos, afirma-se que mesmo nos casos em que a rotina institucional induza a práticas distantes da humanização, se o profissional valorizá-la, poderá superar os obstáculos e prestar uma assistência humanizada.

[...] Eu acho que depende muito de cada profissional. Mas assim, pelo o que eu vejo, a gente não pode mudar todo um histórico né que já vem funcionando aqui no hospital. Já tem toda uma rotina, mas aí a gente procura trabalhar de uma forma melhor possível para os pacientes e vai quebrando devagarzinho todo aquele costume dos outros profissionais que ainda existe e não tá muito adequado pra introduzir uma assistência mais humanizada para o paciente [...] (E2)

E muitas vezes é grosseria de cada um, não tem jeito pra coisa, não tem perfil pra poder desenvolver melhor a questão da humanização. Porque todo local que se vai trabalhar com saúde se fala da humanização, mas na prática, muitas vezes não acontece essa humanização (E7).

Então, eu acho que tem haver principalmente com o perfil de cada profissional, né. Tem gente que já tem aquele tratamento humano com as pessoas, que eu acho isso aí deveria vir de todos os profissionais [...] (E2).

Segundo a fala que se segue, a dificuldade de prestar uma assistência humanizada relaciona-se à concepção errônea que determinados profissionais têm sobre a humanização, julgando-a como algo dispensável ou não necessário.

Olha, eu acho que o que dificulta, é assim [pausa] o próprio profissional ele sabe assim [pausa] a forma de executar, mas eles mesmos criam, eles mesmos, os próprios profissionais, criam uma barreira, certo, no passar, no fazer, no executar a ação da humanização [pausa] como se fosse assim eu percebo assim, como se ele acha que: ‘ááá isso é besteira’[grifo nosso], tá me entendendo? (E6).

No entanto, Zauhy e Mariotti (2002) afirmam que ações despreziosas, aparentemente insignificantes, na verdade são pontos de partida para a humanização. Eles ainda acrescentam que pequenas ações podem significar grandes mudanças.

5.2.2.2 Cuidados necessários à parturiente na garantia da humanização

Ao serem indagados sobre as práticas necessárias ao cuidado humanizado, os entrevistados valorizam tanto as questões subjetivas quanto a assistência baseada em procedimentos técnicos.

No primeiro contato os primeiros cuidados são: a gente acolhe, vê o que é que tá acontecendo, verifica a pressão, faz todo aquele atendimento normal da rotina hospitalar, se necessário fica com a gente ou então vai pra o bloco cirúrgico. Tem todo aquele cuidado no bloco cirúrgico com todos os procedimentos de rotina e no pós conta com a nossa observação, controle de sangramentos, controle dos cuidados gerais dela (E1).

Eu acho que deve-se ter o cuidado tanto psicológico, que é um dos principais fatores que afeta a parturiente, engloba também a parte de assistência e cuidados de uma forma geral. [...] tem que ter os cuidados gerais com a paciente como verificar os sinais vitais que é essencial antes e durante o pós parto principalmente. Também devemos ficar atentos quanto a higienização, se for cirúrgico principalmente, deve-se ter os devidos cuidados com o curativo tanto da mãe quanto do RN, entre outros cuidados. Entendeu? (E8).

É importante destacar que Backes; Koerich; Erdmann (2007) elucidam que para obter uma nova compreensão dos princípios e valores que balizam a humanização, o profissional de saúde deve articular o conhecimento teórico e técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que se estabelece através de sua prática. A humanização não deve ficar restrita às atribuições meramente técnicas, mas, principalmente, à capacidade de compreender e respeitar o ser humano.

Garantir que a paciente se sinta confortável durante os momentos que se encontra no ambiente hospitalar também é algo que os profissionais julgam importante para assegurar a humanização no atendimento à parturiente. Além desse cuidado, eles citam os procedimentos padrões como a ausculta ao bebê, a verificação da pressão arterial e a administração de medicamentos como fatores importantes para uma assistência humanizada.

A gente, quando ela chega a gente vai fazer as normas que é: dar banho, ajeitar a paciente, deixar a paciente toda ajeitadinha pra que quando ela começar a ter as dores maiores ela já tá toda pronta. A gente tem que sempre tá olhando a PA dela no decorrer do tempo. Esses são alguns dos cuidados que a gente deve ter a uma paciente (E4).

Na assistência à parturiente não se pode esquecer a verificação dos sinais vitais, o acompanhamento, a ausculta dos batimentos do bebê, entre outros cuidados (E11).

Neste sentido, muitas vezes, esta assistência humanizada encontra-se atrelada a rotinas pré-instituídas, mas que são necessárias na condução do trabalho de parto. A presença delas não exclui a atitude profissional atenta com as parturientes. Nesta perspectiva, Hoga (2004) afirma que os pacientes valorizam a capacidade de cuidar, de atender às reais necessidades deles e à capacidade de escutar ou a disponibilidade de tempo.

5.2.2.3 O diálogo como instrumento da assistência humanizada

A capacidade de se comunicar é uma dádiva recebida pelo homem e que sempre foi determinante para a sua evolução. Na área da saúde, a comunicação entre profissional e paciente é também vital para o sucesso do cuidado, tendo em vista que através do relato da pessoa a ser atendida é possível traçar estratégias para uma assistência individualizada e qualificada.

Os profissionais entrevistados nesta pesquisa apontaram que a interação propiciada pelas conversas com as parturientes deve ser uma prática constante. Eles relatam que as pacientes precisam confiar na pessoa que as atende e que isso vem naturalmente, a partir do diálogo franco estabelecido entre ambos. Também revelam que é primordial deixar a parturiente bem informada e consciente de todos os procedimentos a que ela será submetida e a real necessidade deles serem empregados.

Eu acho assim que desde o início, o relacionamento com ela, as informações que vão ocorrer durante o processo do pré-parto, do parto, do puerpério. [...] Então eu acho que os profissionais devem ficar atentos a essas coisas, explicar tirar as dúvidas e fornecer segurança e apoio à parturiente, orientar e explicar [...] dar toda a informação de como vai ser tudinho, tranquilizar a paciente, explicar tudo pra ela ficar mais tranqüila; porque às vezes elas ficam tão

ansiosas que nem consegue colaborar com a equipe, aí dificulta. Respeitar a privacidade da paciente, entre outras coisas (E2).

Os profissionais reconhecem que a partir do momento em que a paciente passa a conhecer quais manifestações podem ser desencadeadas durante o trabalho de parto e parto, elas se sentem mais seguras e podem contribuir de maneira mais consciente para que o nascimento ocorra com êxito.

Quando a gente já explica a ela os acontecimentos é mais fácil até na hora dela ter, dela receber o filho. Então, a gente percebe que muitas vezes ela não foi preparada pra aquela situação, principalmente as mais novinhas. Então, a gente tem que dá toda aquela orientação (E10).

De acordo com Porfírio; Progianti; Souza (2010) o estabelecimento do diálogo com a parturiente é imprescindível para a construção de uma assistência que respeite os valores, crenças e demandas desta. Contribui para que o saber profissional não entre em choque com o saber da mulher, o que resulta em uma relação que favorece o relacionamento interpessoal.

No entanto, para que ocorra esse diálogo, pressupõe-se que haja uma interação na relação profissional/usuária no qual o primeiro deve ser capaz de lidar com emoções, incorporando não só a objetividade dos fatos, como também a dimensão subjetiva e social dos mesmos, utilizando para tanto, uma postura ética e solidária para com a gestante e seus familiares (BOARETO, 2004; BRASIL, 2005a).

Ao realizar um estudo que apontava aspectos da satisfação das mulheres na assistência ao parto, Domingues; Santos e Leal (2004) constataram que as informações recebidas pelas mulheres durante o processo de parturição apresentaram uma clara associação com a satisfação destas.

A importância dada ao diálogo como prática essencial para a humanização também está relacionado a ofertar orientações sobre o parto que devem ser proporcionadas as gestantes desde o pré-natal. Sendo assim, as informações à gestante são necessárias em todo o ciclo gravídico, não devendo, portanto, serem dadas apenas no momento do parto.

[...] Muitas vezes você tenta fazer um parto humanizado no hospital, mas a humanização, ela tem que começar na atenção básica, entendeu? [...] eu acho que o ponto chave é dar a informação pra mãe desde o pré natal. Quando se entende que tem que informar a mãe todos os direitos dela, é bem mais fácil até de ocorrer uma humanização. Então se ela tiver sido informada sobre isso, no pré-

natal, na atenção básica, fluirá bem melhor a interação da mãe com a gente (E10).

A humanização ela não deve começar no hospital, ela deve começar desde o primeiro atendimento, quando a mulher engravida. Então, no PSF, ela deve ser bem orientada, desde como vai ser o trabalho de parto, o processo de trabalho de parto, o que é trabalho de parto. Essas orientações têm que começar no pré-natal (E23).

Deste modo, o diálogo torna-se de suma importância na assistência à saúde, pois através dele pode-se oferecer informações, estabelecer confiança e vínculo entre o usuário e o profissional (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Assim, deve-se investir na melhoria da atenção durante o pré-natal, pré parto e parto, para que a mulher sinta-se apoiada e conheça melhor o que ocorre com ela durante a gravidez e o parto, diminuindo assim seus medos e inseguranças e colocando-a como a agente principal de um momento ímpar em sua vida que é o nascimento de um filho (BARBOSA et al., 2003).

5.2.2.4 A garantia do direito ao acompanhante

O direito da parturiente de dar a luz na presença de um familiar ou de uma pessoa que lhe transmita segurança é visto pelos entrevistados não apenas como um direito que está expresso na lei, mas como uma condição para que a paciente se sinta mais confortável e segura. Segundo os entrevistados, a participação do acompanhante escolhido pela parturiente para vivenciar com ela a chegada de uma criança é algo fundamental dentro das práticas de humanização.

Assim, a gente entende que o parto humanizado já começa com a participação do marido, a presença de um familiar, um irmão, uma mãe, já deixa mais humanizado, a gente sente que elas ficam mais relaxadas na hora do parto também [...] (E10).

[...] acima de tudo deve-se deixar uma pessoa da família, por exemplo, o esposo que muitas vezes quer acompanhar, muitas vezes uma tia, uma mãe principalmente, fica dando aquele apoio psicológico tanto durante o trabalho de parto como depois (E8).

Deve ficar claro que o direito ao acompanhante encontra-se expresso em uma lei aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, a Lei n. 11.108 de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, da rede

própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005c).

Apesar dos entrevistados considerarem importante a presença de uma pessoa da família no momento do parto, estes relatam em suas falas que esse direito da paciente nem sempre é respeitado.

[...] na maioria das vezes essa pessoa é barrada, a maioria das vezes é barrada, não tem direito e lá num diz, num é lei!, num diz que pode!... e num é um parto humanizado! [pausa] a gente sabe, eu enquanto profissional sei. Mas na prática, na realidade, isso não acontece. Quando a paciente, ela chega dentro da obstetrícia que ela tá com uma pessoa dela... ela tem mais segurança, ela se sente mais segura (E6).

Muito tem se falado a respeito desse assunto: humanização, parto humanizado. Hoje o pai pode acompanhar a parturiente, tem o direito de acompanhar a esposa. Já é um assunto muito debatido, as pessoas já conhecem, mas depende muito, assim, do profissional de saúde (E11).

Bruggemann; Parpinelli e Osis (2007) acreditam que os profissionais de saúde possuem receios e idéias negativas sobre a presença do acompanhante durante o parto. A implementação da legislação que garante o direito ao acompanhante oportuniza que esses profissionais vivenciem a experiência de ter a presença do acompanhante junto à parturiente, o que possibilita a identificação e compreensão dos aspectos que envolvem essa prática.

Para estes autores anteriormente citados, a inserção do acompanhante escolhido pela parturiente para lhe dar apoio no processo do nascimento, mobiliza a opinião dos profissionais de saúde e das pessoas escolhidas para desempenharem esse papel.

Entretanto, foi observado que os entrevistados chamam a atenção quanto à necessidade da presença do acompanhante ser precedida de um preparo deste para o momento do parto.

O que a gente percebe é que alguns acompanhantes não recebem muitas vezes nenhuma noção do que é um trabalho de parto. Na minha opinião, eu acho que deveria haver um curso preparatório pra os acompanhantes da paciente que desejassem participar do trabalho de parto dela, e não de ser uma coisa aleatória. [...] Seria interessante que fossem implantadas regras também, para esses acompanhantes. E eles costumam, às vezes, atrapalhar o andamento do trabalho de parto da paciente, tumultuar o ambiente, prejudicando

as outras pacientes ao redor, né. Se essas pessoas tivessem um mínimo de preparação pra estarem ali presentes, no intuito logicamente, de da um conforto maior pra paciente, mas que essa pessoa estivesse preparada para realmente, de fato, ajudá-la e não interferir e atrapalhar o trabalho de parto dessa paciente (E15).

Conforme Bruggemann; Parpinelli e Osis (2007) a presença de um acompanhante não significa que haverá um suporte adequado à parturiente, entretanto, pode ser dado a ele condições e apoio para realizar essa atividade. O suporte no trabalho de parto consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a mulher durante o processo de parturição.

5.2.2.5 Utilização de métodos não farmacológicos

O uso de métodos não farmacológicos no momento do parto em substituição aos fármacos tradicionais foi lembrado pelos profissionais entrevistados como algo que consta entre as práticas de humanização. Eles evocaram técnicas de relaxamento, massagens, trabalho com a respiração, entre outras, que podem auxiliar tanto para acalmar a parturiente como para aliviar parte das dores características do momento.

[...] no pré-parto a equipe pode desenvolver técnicas não farmacológicas pra o alívio da dor, como fisioterapia com bolas, que são umas bolas que ela pode relaxar a musculatura do períneo éééé, movimentos respiratórios pra estimular também uma boa ventilação da mãe como também um bom relaxamento. E sempre todo esse trabalho ele deve, não pode ser obstruído, nem obstaculado por nenhum profissional (E14).

Segundo Davim et al (2008), no alívio do desconforto ou dor durante o trabalho de parto e parto, as intervenções não farmacológicas podem ajudar a reduzir as percepções dolorosas na maioria das parturientes.

Outro profissional também demonstrou saber vários dos procedimentos naturais empregados para aliviar a ansiedade e as dores do parto. Demonstrou, além disso, consciência sobre a importância do emprego de tais técnicas, mas lamentou o fato não existirem equipamentos no seu local de trabalho para que esses procedimentos sejam devidamente incorporados à rotina na assistência.

[...] colocar no banquinho pra tá se agachando, pra melhorar, colocar na bola, fazer aquelas massagens com compressas e botar no cavalinho, tudo isso. Só que a gente não tem esse material pra fazer (E10).

Entende-se que o oferecimento de alternativas não-farmacológicas propicia o manejo da dor durante o processo de parturição. No entanto, a disponibilidade física desses recursos e de ambientes apropriados é de indispensável, pois viabiliza o seu uso e funciona como um marcador da legitimidade do modelo de assistência humanizada (FIALHO, 2008).

Diniz (2001) acredita que a presença desses recursos possibilita que se tenha menos intervenções durante o parto. No entanto, na prática, a utilização destes encontra alguns limites, tais como uma resistência por parte dos profissionais, que não necessariamente têm experiência com o seu uso, e que reconhecem nesses recursos não farmacológicos uma demanda extra de tempo e um menor domínio dos espaços e tempos do seu trabalho.

5.2.2.6 Fatores que dificultam a prática humanizada

Algumas dificuldades também foram implicadas para justificar as limitações que os profissionais apresentam para prestar uma assistência humanizada. Constatou-se que as falas dos participantes ressaltam a necessidade e importância do o serviço investir em capacitação profissional, para que se possa entender e colocar em prática o atendimento humanizado. Não houve relatos que evidenciassem a busca do profissional em capacitar-se por conta própria.

[...] eu acho que tudo hoje em dia na saúde, falta muito treinamento. Se fala muito do conceito, não se deve falar só do conceito de humanização, mas sim explicar o que deve se fazer pra que a humanização aconteça. Alguém chega e diz: ô, vocês vão ter que fazer um parto humanizado. Aí todo mundo fica se perguntando: Como assim? Aí não ocorre a humanização (E10).

[...] A capacitação de profissionais também é um fator importante na questão da humanização. [...] Capacitar para sensibilizar (E19).

[...] é importante assim, agente ter conhecimento, né?, conhecimento sobre a humanização da assistência. Agente tá fazendo treinamento, a gente tá sempre bem atualizado. [...] treinamentos seria muito bom pra gente se reciclar, pra gente poder trabalhar melhor (E21).

Atentando-se para as falas acima percebe-se que para se ter assistência qualificada é conveniente que a instituição propicie cursos de capacitação ou de reciclagem, o que traz benefícios não só ao profissional com também para o usuário.

Seguindo esta lógica, a capacitação representa para o profissional o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação e treinamento para que possam exercer determinada função. Quanto melhor o profissional for capacitado, maior é a probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções (MARTINS et al., 2006).

Assim, é indispensável que capacitação profissional e prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis de uma nova prática.

Verificou-se que os entrevistados chamam a atenção ao fato de que mesmo os profissionais capacitados para dar uma assistência adequada, frequentemente não aplicam o que sabem no seu cotidiano de trabalho.

É necessário ter capacitações pra se ter a humanização. O profissional tem que ser capacitado pra exercer e fazer acontecer a humanização. E ainda tem a questão que às vezes ele é capacitado pra aquilo, mais nem sempre ele coloca em prática aquilo que é pra colocar em prática (E11).

Deste modo, é preciso estimular o trabalhador a participar ativamente do processo de construção de uma proposta de humanização, ou seja, é preciso auxiliá-lo a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

Outra dificuldade citada pelos profissionais se refere ao baixo salário, onde estes afirmam não serem estimulados a trabalhar de forma eficiente devido à insatisfação no que concerne à remuneração, o que, para eles, leva à falta de humanização. Tal afirmativa é preocupante, pois implica em refletir se a motivação profissional despertada através da remuneração seria uma condição para que ocorra a humanização.

Eu acho que o que poderia favorecer seria o melhoramento da parte financeira do profissional, eu acho que são mal pagos, isso influencia muito, umas pessoas trabalham por amor, trabalham porque querem e porque gostam do que faz e outras pessoas não, procuram a profissão pelo o dinheiro e quando se deparam, vê que é uma ilusão, que isso não é a realidade, aí começam a descontar nos pacientes, né. É muito o que a gente vê dentro de hospital, dentro de PSF, que não era pra ser (E1).

Corroborando com a fala do entrevistado, Backes; Lunardi Filho e Lunardi (2006) afirmam que para os profissionais de saúde oferecerem uma assistência de qualidade e humanizada, é necessário que a sua dignidade e condição humana seja respeitadas, recebendo uma remuneração justa, condições adequadas de trabalho, necessitando serem reconhecidos e valorizados pelo o que fazem.

No entanto, outro entrevistado, também insatisfeito com a sua remuneração, tem consciência que não pode deixar de atender com qualidade os pacientes por conta disso.

[...] um profissional mal pago. Então todo mundo fica insatisfeito, [...] mas o serviço não pode ficar desqualificado por conta disso, tem que dar conta e trabalhar direito (E23).

Os entrevistados ainda apontaram como uma dificuldade para a concretização da humanização, a escassez de recursos materiais. Deste modo, as péssimas condições de trabalho em certas unidades gera um ambiente inadequado para um parto considerado seguro e humanizado.

[...] mas é necessário também que o ambiente que você trabalha lhe proporcione equipamentos, lhe proporcionar assim, um ambiente de trabalho favorável, porque se você tem como trabalhar bem, você vai render mais (E11).

[...] em suma, as condições básicas, adequadas para o profissional e para a paciente, em termos de material medico hospitalar, material humano, assistência pessoal de uma forma geral, material, de higiene [...] (E15).

Para Casate e Corrêa (2005), humanização está atrelada à organização do serviço de saúde, envolvendo investimento na estrutura física da instituição e na revisão desta, como também a métodos administrativos eficazes.

Contudo, não é suficiente ao hospital dispor de toda uma estrutura moderna e equipamento apropriado para as atividades dos profissionais, se tudo não estiver voltado para a satisfação das necessidades das parturientes e dos funcionários que as atendem. Antes de pensar em paredes, móveis e equipamentos, temos que enxergar primeiro se há uma estrutura apropriada para que se tenha uma assistência voltada para a humanização (LIMA, 2006).

Verifica-se ainda que os participantes desta pesquisa apontam um quantitativo insuficiente de profissionais para a prestação da assistência como algo que desfavorece a humanização.

A questão da quantidade de profissionais também é muito importante né? [...] nessa parte da assistência humanizada né? Porque muitas vezes a gente deixa de dar a assistência humanizada por falta de colegas que nos ajudem. Por exemplo, na questão da enfermagem acontece muito isso. Às vezes tem uma enfermeira só pra um setor todinho (E7)

Então às vezes a gente quer até agir melhor e não consegue devido o número insuficiente de profissionais. Aí a gente fica impossibilitado de dar uma boa assistência (E21).

Segundo Casate e Corrêa (2005) humanizar a assistência implica também em considerar o profissional de saúde como elemento fundamental para a humanização do atendimento, devendo ser instauradas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal e condições de trabalho adequadas.

Há que se destacar que os profissionais chamam a atenção quanto à falta de tempo como outra dificuldade existente. Neste sentido, estes consideram que assistência humanizada exige um tempo maior de trabalho e afirmam não ter tempo suficiente para este tipo de atendimento.

[...] a gente tem muito pouco tempo pra se envolver melhor nessa assistência humanizada (E21).

Infelizmente esta é uma realidade comum em muitos serviços hospitalares, mas entende-se que a atitude humanizada dos profissionais que assistem à parturiente não está ligada exclusivamente ao tempo disponível, mas sim em tornar o momento dos contatos diretos e indiretos com os pacientes uma expressão de interação de humanos, que promovam momentos saudáveis com a mulher e acompanhante e, naturalmente, com os próprios integrantes da equipe (REIS; PATRÍCIO, 2005)

Deste modo, recomenda-se a adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, de capacitação técnica, gerencial e financeira, e de atitude ética e humana dos profissionais envolvidos com a atenção, de forma a propiciar às mulheres um parto humanizado (BOARETTO, 2004).

Dito isto, a proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde. A humanização deve ter como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários (ALMEIDA, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca pela compreensão do significado da humanização na assistência ao parto, o presente estudo evidenciou que para profissionais de saúde a humanização está associada a um atendimento holístico, que considere as necessidades individuais da mulher. Nesta perspectiva, o acolhimento foi mostrado como aspecto indispensável para a humanização, contudo a atitude adotada durante a vivência profissional foi considerado um fator determinante para que a humanização aconteça.

Os entrevistados também relataram que a humanização à parturiente está atrelada ao parto normal, no entanto, em casos onde haja a necessidade de preservar a saúde e a vida da mãe e do bebê, a inclusão de práticas intervencionistas não comprometem a realização de uma assistência humanizada. Constatamos também que os participantes desta pesquisa vislumbraram no diálogo a possibilidade de qualificar a assistência, sendo este uma ferramenta que oferece subsídios para uma prática verdadeiramente humanizada.

Quanto às práticas necessárias para que se tenha uma assistência humanizada, foi visto que os entrevistados valorizam tanto as questões subjetivas desta, quanto a assistência baseada em procedimentos técnicos. A presença do acompanhante é compreendida como um direito da parturiente, onde estes devem dar apoio e segurança no momento do parto, desde que sejam dotados de conhecimentos sobre o processo de parturição para que o suporte seja dado de maneira qualificada.

Como fatores que dificultam a prática humanizada, encontramos a necessidade de capacitação profissional, a baixa remuneração, a escassez de recursos humanos e materiais como também a falta de tempo.

Neste sentido, os fatores intrínsecos dos sujeitos envolvidos na assistência, bem como os que se relacionam aos serviços, podem fazer dessa temática, que é muito discutida, estar muito distante da realidade dos serviços de saúde que assistem parturientes.

Observamos que apesar do tema em questão ser polissêmico e por isso gerar várias discussões, a grande maioria dos relatos apontam uma intenção explícita em direcionar a assistência à parturiente um atendimento humano e com qualidade.

Assim, almejamos que o resultado desta pesquisa propicie uma reflexão mais ampla sobre a humanização na assistência à saúde, possibilitando a compreensão quanto à importância dos profissionais adotarem condutas voltadas às práticas humanizadas na assistência ao parto. Esperamos ter colaborado para a compreensão dos significados e das práticas dos profissionais envolvidos na assistência à parturiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. M. O; SILVEIRA, M. F. A. **Humanização na percepção dos profissionais envolvidos com a assistência ao parto** (Monografia). – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

AMORIM, M. J. A. B. Enfermagem: Profissão humanitária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 359-368, out./nov./dez. 2008.

BACKES, D.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**. janeiro-fevereiro; 15(1), 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a06.pdf>. Acesso em jun. de 2011.

_____.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/09.pdf>>. Acesso em: Abril de 2011.

BARBOSA, G. P.; GIFFI, N. K.; ANGULO-TUESTA, A.; et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Caderno de Saúde Pública**, s. l., v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 9, n.1, p. 20-22, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em pesquisa. **Normas para Pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução CNS 196/96. Brasília, 1996

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985/GM em, 05 de agosto de 1999**. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/saude/portaria_GM_0985_1999.pdf>. Acesso em mar. de 2011.

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

_____. Ministério Da Saúde. **Programa de Humanização da Assistência Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios nº 20. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001b, 199 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Série C Projetos Programas e Relatórios, Brasília, n. 43, 2002.

_____. Ministério Da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003.

_____, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização** - documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Humanização**. 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em fev. de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Anais dos seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Perinatal Humanizada baseada em Evidências Científicas**. Brasília, 2005b.

_____. **Lei n. 11.108 de 7 de abril de 2005**. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 8 abr., 2005c. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html>>. Acesso em: Abril de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2 ed, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. **Cadernos HumanizaSUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 1, 242 p. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 21 de mar. de 2011.

BRUGGEMANN, O. M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: ZAMPIERI, M. F. M.; OLIVEIRA, M. E, BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da Humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2001.

_____; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 44-

52, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf>>. Acesso em: abril de 2011.

CARVALHO, V. F. de; et al. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do Sul do Brasil. **Revista Rene**, v. 11, p. 92-98. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a10v11esp_n4.pdf>. Acesso em: Maio de 2011.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 105-111, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>>. Acesso em Jun. de 2011.

CASTRO, J. C. de; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/irlae>>. Acesso em fev. de 2011.

CECCATO, S. R.; VAN DER SAND, I. C. P. **O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares**. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/700/769>>. Acesso em: 12 dez. de 2010.

CHIESA, A. M., VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação na prática do PSF. **Manual de Enfermagem**, São Paulo: Instituto Para O Desenvolvimento Da Saúde (Ids), p. 34-37, 2001.

CORBANI, N. M. de S.; BRETAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-354. maio/jun, 2009.

DAVIM, R. M. B.; et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>>. Acesso em: maio de 2011.

DIAS, M. A. B. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ. Departamento de ensino em saúde da mulher e da criança, Rio de Janeiro. 2006a. 283f. Disponível em: <<http://www.bvsam.icict.fiocruz.br/teses/mabdias.pdf>>. Acesso em fev. de 2011.

_____. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006b. Disponível em: <<http://www.bvsam.icict.fiocruz.br/teses/mabdias.pdf>>. Acesso em fev. de 2011.

_____; DESLANDES, S. F. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: fev. de 2011.

_____; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, jul./set. 2005.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001. Disponível em: <[http://www.mulheres.org.br/pdfs/entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.pdf](http://www.mulheres.org.br/pdfs/entre_a_tecnica_e_os_direitos_humanos_posibilidades_e_limites_da_humanizacao_da_assistencia_ao_parto.pdf)>. Acesso em: Mar. de 2011.

_____; CHACHAM, A. A humanização do parto: Dossiê. **Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**, São Paulo, 2002.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M. dos; LEAL, M. do C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. 552-562, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/06.pdf>>. Acesso em: abril de 2011.

DUARTE, A. C. **O que é “Parto Humanizado”?**. [s.l.]: Amigas do parto, 2005. Disponível em: <<http://www.amigasdo parto.com.br/partohumanizado.html>>. Acesso em: Março de 2011.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FERREIRA, M. O. A.; SOUZA, R. C. de; PIRES, S. S. S.; et al. **A Política Nacional de Humanização para o Sistema Único de Saúde e Carta dos Direitos do Usuário**. Extensão (Graduação em Enfermagem) – Universidade Potiguar, Natal/RN, jun. 2010. Disponível em: <<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I20709.E8.T3573.D4A P.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

FIALHO, T. C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – EVATA - Educação Avançada Ltda, Viçosa/MG. 2008. Disponível em: <<http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20OCUPERTINO%20FIALHO.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: abril de 2011.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, v. 38, n. 1, p.13-20, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/02.pdf>>. Acesso em: abril de 2011.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2001.

LIMA, E. R. **Humanização da assistência de enfermagem**: relato de experiência. Monografia (Especialização em Obstetrícia) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006, 31f.

KOERICH, M. S., et al. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.30 no.4 Porto Alegre Oct./Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472009000400014&script=sci_arttext>. Acesso em junho de 2011.

MARTINS, C.; et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Revista Texto e Contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, 2006.

METZNER, R. J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 548-53, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MOTTA, É. C. de S. **Resgate histórico de atenção ao parto**: Por um parto respeitoso. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Presidente Antônio Carlos, Ipatinga/SP. 2009. 82 f. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=995>. Acesso em maio de 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-557, set., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em mar. de 2011.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: mar. de 2011.

OLIVEIRA, M. J. V. de; MIQUILINI, E. C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm, USP**, v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/9.pdf>>. Acesso em: março de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Relatório de um grupo técnico, Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. de O. M. de. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 12, n. 2, p. 331-336, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a16.pdf>>. Acesso em: Abril de 2011.

PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I. A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Revista de Enfermagem**, UERJ, v. 9, p. 91-7, 2001.

QUEIROZ M.V.O, et al. Cuidado de Enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: Perspectiva de humanização. **Rev. Baiana enfermagem**. São Paulo, 2003, n.18, 29-37p.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação, s. l., v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009.

Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2011.

REIS, A. E. dos; PATRICIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 10, p. 221-230, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a23v10s0.pdf>>. Acesso em: Abril de 2011.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 645-550, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a06.pdf>>. Acesso em: Abril de 2011.

SEIBERT, S. L.; BARBOSA, J. L. da S.; SANTOS, J. M. do; et al. Medicalização x

Humanização: O Cuidado ao Parto na História. **Rev. Enfermagem**, UERJ, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.

SILVA, J. F. da. **Diagnóstico da Humanização no Hospital de Urgência e Emergência**

Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Monografia (Especialização em Gestão pública) – Centro de Ciências Aplicadas/ Pró- Reitoria de Pós- Graduação, Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, Campina Grande/PB. 2008, 83 f.

SIMÕES, S. M. F.; CONCEIÇÃO, R. M. O. Parto humanizado: significado para a mulher.

Rev. Enfermagem Brasil, s. l., v. 4, n. 1, p. 32-42, jan./fev. 2005.

TEDESCO, R. P.; MAIA FILHO, N. L.; MATHIAS, L.; et al. Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. **RBGO**, s. l., v. 26, n 10, 2004.

TEIXEIRA, R. R. O. Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de

Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção da Integralidade: Cotidianos, Saberes e Práticas em Saúde. **UERJ/IMS/ABRASCO (Org.)**, Rio de Janeiro, p. 91-114, 2003.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. p. 137-170, 1987.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, USP, v. 38, p. 46-50, 2004.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E. de ; SANTOS; E. K. A. dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-659, jul.-ago., 2010.

VIEIRA, E. M. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: EDEEAN/UFRJ, v. 8, n. 2, p. 279-285, ago. 2004.

ZAUHY, C.; MARIOTTI, H. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 2002, 144 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento I de Coleta de Dados

Formulário Sócio-demográfico

1- Código do Participante _____

2- Idade: _____

3- Sexo:

 Masculino Feminino

5- Escolaridade:

 Ensino Médio Ensino Superior

6- Categoria Profissional _____

7- Especialidade _____

8- Turno de Trabalho _____

APÊNDICE B – Instrumento II de Coleta de Dados

Roteiro da Entrevista Semi-estruturada

1. O que você entende ser uma assistência humanizada ao parto?
2. Que práticas assistenciais você considera necessárias à parturiente, sob o ponto vista da humanização?

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Autorização Institucional da Pesquisa



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 413372	
Projeto de Pesquisa Percepção dos profissionais de saúde que assistem parturientes sobre a humanização da assistência					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Preva.				Grupo Grupo III	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(is)					Fixo Não se Aplica
Unidades Humanização; Percepção; Assistência					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 15	Total Brasil 15	Nº de Sujeitos Total 15	Grupos Especiais		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Roberta Lima Gonçalves		CPF 024.921.034-71	Identidade 1927693- SSP-PE		
Área de Especialização SAÚDE PÚBLICA		Maiores Titulação ESPECIALISTA	Nacionalidade BRASIL		
Endereço AV. JOÃO DE BARROS, 820, APT 402, ED ATHENAS GARDEN		Bairro BOA VISTA	Cidade RECIFE - PE		
Código Postal 50100-000	Telefone 7 21011477	Fax	Email bertalima_88@hotmail.com		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <i>Roberta Lima Gonçalves</i>					
Data: <u>25 / 03 / 2011</u> Assinatura					
Instituição Proponente					
Nome Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - PB		CNPJ 08.779.268/0001-60	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Hospital Regional de Itabaiana		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço RUA D. PEDRO II, 1828		Bairro TORRE	Cidade JOÃO PESSOA - PB		
Código Postal 58040900	Telefone 83 32187766	Fax 83 32187357	Email urania@saude.pb.gov.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <i>Tânia Maria de L. Santos</i> <i>Tânia Maria de L. Santos</i>					
Data: <u>22 / 03 / 2011</u>					
TÂNIA MARIA DE L. SANTOS Coordenadora do CNE CONEP 50956					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 28/03/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

ANEXO B – Comprovante de Aprovação do Comitê de Ética



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**COMPROVANTE DE APROVAÇÃO
CAAE 0081.0.133.000-11**

Pesquisadora Responsável: Roberta Lima Gonçalves

Andamento do Projeto CAAE- 0081.0.133.000-11				
Título do Projeto de Pesquisa				
Percepção dos profissionais de saúde que assistem parturientes sobre a humanização da assistência				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	31/03/2011 13:34:40	15/04/2011 10:41:56		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	28/03/2011 13:34:40	Folha de Rosto	FR – 413372	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	31/03/2011 13:34:40	Folha de Rosto	0081.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	15/04/2011 10:41:56	Folha de Rosto	0081.0.133.000-11	CEP

Fonte: <http://portal2.saude.gov.br/sisnep>

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C – Recomendações da Organização Mundial da Saúde no Atendimento ao Parto Normal

a) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família.
2. Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.
4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
9. Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
10. Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.
11. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
12. Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente.
13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.
14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
16. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
17. Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS.
18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.

19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão.
20. Prevenir hipotermia do bebê.
21. Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

b) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas

1. Uso rotineiro de enema.
2. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.
3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.
7. Uso de pelvimetria radiográfica.
8. Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto.
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo.
11. Massagens ou distensão do períneo durante o parto.
12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação.
14. Lavagem rotineira do útero depois do parto.
15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

c) Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
2. Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto.

3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto.
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
6. Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.

d) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado

1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor através de analgesia peridural.
4. Monitoramento eletrônico fetal.
5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto.
6. Exames vaginais frequentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços.
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
9. Cateterização da bexiga.
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
12. Parto operatório (cesariana).
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
14. Exploração manual do útero depois do parto.

ANEXO D - Lei que Garante as Parturientes o Direito à Presença de Acompanhante

Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

"CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto
Humberto Sérgio Costa Lima