



ORIGINAL ARTICLE

HUMANIZING DELIVERY: PROGRESS AND DIFFICULTIES FOR ITS IMPLEMENTATION

HUMANIZAÇÃO DO PARTO: AVANÇOS E DIFICULDADES PARA SUA IMPLANTAÇÃO

HUMANIZACIÓN DEL PARTO: AVANCES Y DIFICULTADES EN SU APLICACIÓN

Samira Maria Oliveira Almeida¹, Maria de Fátima de Araújo Silveira²

ABSTRACT

Objective: to identify the advances and difficulties in implementation and practice of humanization of parturition. **Methodology:** the study was conducted in a qualitative approach, and its sample was composed of 13 professionals directly involved with the care. Data were collected through semi-structured interview guide and observation from the participants. Processing of data, using the content analysis – themes analysis. **Results:** advances in the process of humanization are considered least in comparison to the difficulties raised by the interviewees. The study has been approved by the Committee of Ethics in Research of the University of Paraíba State (CAAE – 0724.0.000.133-06). The resistance of professionals, the limited of the vacancies, high demand, accompanied by the small number of professionals, are the factors considered most difficult in the practice of humanization. **Conclusion:** the results show that the factors related to the difficulties and advances in humanization depend largely on professionalism and ethics on the attitude of managers and health professionals involved with care delivery, so that together can overcome the obstacles that put forward to humanized care in all its dimensions. **Descriptors:** women's health, parturition, humanization.

RESUMO

Objetivo: identificar os avanços e dificuldades enfrentadas para implantação e prática da humanização do parto. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a participação voluntária de 13 profissionais envolvidos diretamente com a assistência ao parto. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado e observação dos participantes. No tratamento dos dados, recorreu-se à análise de conteúdo, do tipo temática. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE – 0724.0.000.133-06). **Resultados:** os avanços referentes ao processo da humanização são considerados mínimos em comparação às dificuldades levantadas pelos entrevistados. A resistência dos profissionais, a limitação de vagas, a demanda elevada, acompanhada pelo número reduzido de profissionais, são os fatores considerados mais desfavoráveis na prática da humanização. **Conclusão:** os resultados mostram que os fatores relacionados aos avanços e dificuldades na humanização dependem em grande parte do profissionalismo e, sobretudo da atitude ética dos gestores e profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto, para que, juntos possam superar os obstáculos que se colocam frente ao cuidado humanizado em todas as suas dimensões. **Descritores:** saúde da mulher, parto, humanização.

RESUMEN

Objetivo: identificar los avances y dificultades en su aplicación y práctica de la humanización del nacimiento. **Metodología:** se trata de una investigación cualitativa. Los sujetos de estudio fueron 13 profesionales directamente relacionados con la atención del parto, seleccionadas al azar, con la disponibilidad de la participación. Los datos fueron recolectados a través de entrevista semi-estructurada y la observación de los participantes. Tratamiento de los datos, utilizando el análisis de contenido, el tipo de zona. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Estado de la Paraíba (CAAE – 0724.0.000.133-06). **Resultados:** los avances en el proceso de humanización se consideran menos en comparación con las dificultades planteadas por los entrevistados. La resistencia de los profesionales, la limitada disponibilidad, la alta demanda, acompañado por el pequeño número de profesionales, son los factores considerados más difíciles en la práctica de la humanización. **Conclusión:** los resultados muestran que los factores y las dificultades relacionadas con los avances en la humanización dependerá en gran medida de la profesionalidad y la ética de la actitud de los directivos y profesionales de la salud involucrados con la atención del parto, a fin de que juntos pueden superar los obstáculos que propuestas para humanizar la atención en todas sus dimensiones. **Descriptores:** salud de la mujer, parto, humanización.

¹Mestranda em Enfermagem do Programa Associado Universidade de Pernambuco/ Universidade Estadual da Paraíba, de Pós Graduação em Enfermagem (Mestrado). Recife (PE), Brasil. E-mail: samira.almeida@ig.com.br; ²Doutora em Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande (PB), Brazil. E-mail: silveira@uepb.pb.gov.br

INTRODUÇÃO

Ao se desenvolver sobre os pilares da universalização, equidade, descentralização e integralidade da assistência, o Sistema Único de Saúde (SUS) visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos de saúde à população brasileira.¹

Apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas, decorrentes de mudanças estruturais, materializadas na descentralização com efetiva municipalização dos serviços, o processo de consolidação do SUS ainda precisa completar seu estado de transição no sentido de garantir, efetivamente, a todo cidadão, a oferta de serviços de saúde humanizados, eficazes e de qualidade.²

Especialmente num país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas que o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde, com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com graves lacunas.³ Notadamente, quando falamos na assistência as mulheres em período gestacional, que apesar de várias iniciativas do governo a fim de melhorar a qualidade da atenção a essa camada da sociedade, a assistência à saúde ainda é permeada por um conjunto de ações de caráter impessoal e desumano.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS), objetivando mudanças no modelo de atenção, elaborou uma política nomeada de Política Nacional de Humanização e Gestão no Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS.

A Política Nacional de Humanização (PNH) representa uma estratégia para consolidar a ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo, gestão participativa e educação permanente aos trabalhadores e usuários, bem como garantia de informação.³

Procurando atender um cenário mais específico, no ano de 2000, o MS instituiu também o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, sendo caracterizado como um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde, visando assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do

acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania.⁴

Assim, por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde - usuários, trabalhadores e gestores - fomentando autonomia e o protagonismo desses sujeitos; estabelecendo a co-responsabilidade, vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Humanizar significa “conhecer as pessoas que buscam nos serviços a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa em sua singularidade, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia”.⁵

Entretanto, no cenário da obstetrícia, com o passar dos anos, o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como patológico, privilegiando-se a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência. As técnicas obstétricas aprimoraram a qualidade da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Assim, por conta disso e da melhoria tecnológica surgida nas últimas décadas, o atendimento tem se tornado massificado dentro das instituições. Neste sentido, a natureza tem sido relegada a uma função secundária no processo de nascimento e os profissionais distanciaram-se da mulher, excluindo-a como ser ativo do processo, delegando ao sujeito tecnológico a função de parir.⁶

No entanto, mesmo considerando que a mudança da assistência ao parto para o âmbito hospitalar, com toda a evolução tecnológica, foi voltada para melhoria da qualidade do cuidado; ainda se observa dificuldade de acesso aos serviços de saúde para todas as mulheres, altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, níveis altíssimos de parto operatório, na maioria das vezes sem real indicação, uso abusivo da tecnologia de ponta, abortos clandestinos, além da esterilização em massa e baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno.

Além disso, devido ao modelo assistencial vigente, a falta de informação e conhecimentos dos direitos permeia situações em que as parturientes muitas vezes não tem sequer noção do que seria o respeito à sua individualidade - satisfaz-se em encontrar o leito obstétrico para acolhê-la quando vai parir. Desta forma, a assistência à mulher perdeu seu ponto básico, que é de um cuidado

Almeida SMO, Silveira MFA.

voltado para ela própria, respeitando seus princípios, cultura, vontades e medos.⁷

Portanto, na perspectiva de uma assistência integral e holística, a mulher parturiente não pode ser considerada apenas como mais uma, mas sim compreendida em toda a sua singularidade.

Neste âmbito, o conceito de parto humanizado tem como diretriz o respeito à evolução natural do processo de nascimento, onde o bem-estar da mulher e do bebê deve estar no centro das preocupações.⁶

A humanização do parto é muito mais do que um parto feito por seres humanos, ou o direito a uma vaga em maternidade, ou o direito a seis consultas de pré-natal. Humanizar é dar às mulheres o que lhes é de direito: um atendimento focado em suas necessidades.⁸

Nesta perspectiva, é notável que há um longo caminho a se percorrer em nossos hospitais e maternidades, até que as mulheres tenham acesso a um atendimento ao parto seguro, acolhedor e que respeite suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais.

Para que ocorra mudança nas ações da assistência à saúde, faz-se necessário exigir aos envolvidos, direta ou indiretamente, nesse processo - serviços de saúde, universidades, organizações não-governamentais, entre tantos - que apresentem sua contribuição através de informações ou intervenções nas políticas públicas e nas práticas de saúde para o alcance do objetivo de se realizar um parto seguro e humanizado, tendo a mulher como protagonista do evento, o que denota a relevância social da presente proposta de investigação.

Por fim, o desenvolvimento do estudo proposto visa também colaborar com a mudança da realidade sanitária local, cooperando com a discussão que possa fortalecer o revelar de uma nova cultura nas práticas de saúde, permeada pela solidariedade social, pela sensibilidade profissional, pela humanização das práticas de saúde, por diretrizes éticas e pela competência técnica.

O que se questiona é a abordagem da assistência obstétrica que valoriza uma atuação intervencionista em um processo que é antes de tudo fisiológico. Embora nem sempre se possa falar na existência de um parto totalmente natural, deve-se admitir que existem abordagens mais fisiológicas para o nascimento, nas quais as mulheres têm participação mais efetiva e maior controle sobre o processo.⁹

Humanizing delivery: progress and...

Neste sentido, foi necessária uma investigação que respondesse aos seguintes questionamentos: Quais os avanços perceptíveis na implementação, pelo Ministério da Saúde, da humanização do parto? Quais as dificuldades enfrentadas, na prática, da humanização do parto?

Tomando essas questões como norte, foram estabelecidos os objetivos a seguir: identificar os avanços e dificuldades enfrentadas na implantação e prática da humanização, sob a ótica dos profissionais envolvidos com a assistência ao parto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo alicerçado na pesquisa qualitativa. A abordagem qualitativa, além de superar as tendências positivistas de processos avaliativos conduzidos pelos estudos quantitativos, tem a finalidade de compreender as experiências no seu todo, na perspectiva dos participantes, além de oferecer oportunidade de discussão de temas que devem ser explorados de forma profunda.¹⁰ Para tanto, desenvolve-se em um processo essencialmente interativo, no qual as pessoas estudadas falam por si mesmas e ensinam ao pesquisador sobre suas vidas. Essa metodologia, além do envolvimento, demanda do pesquisador uma postura aberta e flexível para a descoberta do inesperado.¹¹

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública situada na cidade de Campina Grande-PB. A população do estudo foi constituída por profissionais que estavam envolvidos diretamente com a assistência ao parto, totalizando uma amostra de 13 profissionais que se dispuseram, voluntariamente, a participar da pesquisa e que faziam parte do quadro de funcionários - médicas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas.

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹², que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem, direta ou indiretamente, seres humanos. Precedendo o trabalho de campo, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e só iniciado após a emissão do parecer favorável: CAAE - 0724.0.000.133-06.

As informações sobre a pesquisa (identificação das pesquisadoras, objetivos de estudo, relevância, metodologia) foram repassadas aos sujeitos participantes que assinaram, em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que os

Almeida SMO, Silveira MFA.

mesmos atestaram a voluntariedade de participação no estudo; a retirada, a qualquer momento, sem prejuízos pessoais ou profissionais; garantia de esclarecimentos antes, durante e depois da pesquisa; e a autorização da divulgação em publicações científicas. Foram garantidos o sigilo de informações em qualquer forma de divulgação dos resultados. Para garantia do anonimato, os participantes foram identificados por categoria profissional, seguidos por número na ordem que aparecem na transcrição das fitas, não se permitindo associação ou revelação de suas identidades.

A coleta dos dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada visando obter informações sobre as seguintes variáveis: avanços e principais obstáculos para humanização no trabalho de parto.

Para tratamento dos dados recorreu-se à análise de conteúdo, do tipo temática, proposta por Bardin¹³. Entretanto, foram seguidas as fases de tratamento baseadas nesta autora, mas adaptadas por Turato¹⁴, a saber: a) Preparação inicial do material - consiste na transcrição dos discursos em fitas K-7 para arquivos do computador, constituindo o *corpus* a ser analisado; b) Pré-análise - realização de leituras flutuantes, visando a uma “impregnação” do conteúdo, desvelando mensagens implícitas e contraditórias e temas recorrentes; c) Caracterização e subcategorização - destacamento dos assuntos por relevância e/ou repetição, para reagrupamentos, transformando os dados brutos em dados organizados; d) Validação externa - foi realizada a discussão com os integrantes da equipe da pesquisa sobre o tratamento dos resultados; e) Apresentação dos resultados - os resultados foram apresentados de forma descritiva e com citações ilustrativas dos discursos.

Os resultados foram discutidos, a partir de inferência dos autores de estudo, incluindo a interpretação, do tipo hermenêutica, como fase de conclusão da análise de conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inúmeras iniciativas foram tomadas nos últimos anos na tentativa de melhorar a atenção à saúde da mulher, entretanto, problemas permanecem na sistematização da assistência à gestação e ao parto, desrespeitando direitos básicos da cidadania e colocando em risco a vida de mulheres e recém-nascidos. Portanto, abaixo serão abordados fatores relacionados aos avanços e

Humanizing delivery: progress and...

as dificuldades na humanização da assistência ao parto.

• Avanços na humanização do parto

Promover parto humanizado, nesse mundo contemporâneo, é um grande desafio para os atores envolvidos e, para alcançá-lo, requer que essa experiência, antes tão natural, seja no contexto extra-domiciliar, um ritual mais próximo do “familiar”, integrando nesse processo de parir e nascer os recursos tecnológicos e os de competência humano-científica, aos quais a mulher e seu recém-nascido têm direito.¹⁵

Quando indagados a respeito dos avanços na implantação, pelo Ministério da Saúde, da humanização no parto, os profissionais relataram:

Na nossa realidade, eu não vejo muitos avanços não [...] (Enfermeira 1).

[...] fizeram palestra com a gente dizendo que ia ter o parto humanizado [...] chamar assistentes sociais, psicólogos, mas no final das contas num teve nada, num saiu nada e até agora a gente tá esperando [...] (Auxiliar de enfermagem 1).

[...] eles vieram [...] dizendo que ia [...] ter um acompanhante no pré-parto, ajuda dos familiares, mas aí num funcionou nada depois disso (Auxiliar de enfermagem 3).

De vez em quando, quer se levantar [a temática da humanização] e se deita de novo, não é? Vai começar o parto humanizado, aí é uma semana na produtividade, aí, depois, pára de novo, passa uns 2 anos sem falar nisso (Médica 1).

[...] a gente vê que não foi realmente implantado, a humanização, acho que em setor nenhum, só ta no papel (Enfermeira 5).

O que podemos observar a partir dos discursos são as limitações e a falta de continuidade desse processo existente na instituição pesquisada. Porém, alguns autores fazem alusão à humanização referindo-se aos avanços e resultados da tecnologia adequada na saúde da população.¹⁶

Essa adequação tecnológica implicaria em melhores efeitos com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais. Assim, a racionalidade no uso de recursos apropriados aparece como um conceito diferente do mero acesso quantitativo a consultas pré-natais, a leito e procedimentos obstétricos, independentemente de seu conteúdo e adequação. Este sentido se torna ainda mais importante na medida em que aumentam as evidências de que o excesso de intervenções acarreta em acréscimo da morbimortalidade materna e neonatal.¹⁶

Almeida SMO, Silveira MFA.

Com uma formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto, a maioria dos profissionais de saúde, em especial, os médicos obstetras os encara como situações de risco, acarretando em ações intervencionistas. Desta forma, o uso intensivo de tecnologia, com conseqüentes mediações, faz parte da necessidade de oferecer segurança, que obstetras, em geral, não acreditam que o corpo da mulher possa oferecer. Estas constatações não o excluem do processo de humanização da assistência, mas apontam os desafios que estes profissionais precisam superar no sentido de modificar sua rotina de assistência aos partos de baixo risco, atuando mais como cuidadores do que efetivamente “especialistas” em patologia obstétrica.¹⁷

Neste processo de avanço tecnológico juntamente com a prática abusiva de técnicas, percebe-se um efeito contrário, que é a crescente desumanização. Contudo, em tempos nos quais se valorizam os computadores e redes de telecomunicações, máquinas e automações em geral, o ambiente hospitalar é o lugar onde reavivam sentimentos muitas vezes esquecidos pelo ser humano. O amor, a fraternidade, a alegria, a tristeza, a dor, a tensão e a morte convivem diariamente num ambiente no qual a tecnologia é simplesmente uma aliada dos profissionais de saúde, sempre empenhados em preservar a vida.¹⁸

Para tanto, há um diagnóstico sobre o divórcio entre possuir boas condições de alta tecnologia e nem sempre dispor da delicadeza do cuidado, o que desumaniza a assistência. Por outro lado, reconhece-se que não ter recursos tecnológicos, quando estes são necessários, pode ser um fator de estresse e conflito entre profissionais e usuários, igualmente desumanizando o cuidado. Assim, embora se afirme que ambos os itens constituem a qualidade do sistema, o “fator humano” é considerado o mais estratégico pelo documento do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar.¹⁹

• Dificuldades para humanização do parto

Ao analisar as dificuldades na prática da humanização do parto, a maioria dos entrevistados apontou a resistência dos profissionais de saúde como obstáculo na efetivação dessa assistência:

[...] tem alguns profissionais que se acham prontos, preparados, que já fazem o trabalho humanizado, mas na realidade não é isso que a gente vê totalmente na prática. Não existe esse parto humanizado, ainda

Humanizing delivery: progress and...

não aqui, na instituição, eu ainda não vejo como parto humanizado [...] (Enfermeira 1)

Alguma dificuldade é com relação [...] é com os médicos né? Que [...] a gente sabe que às vezes é difícil de conversar [...] porque eles são anti-sociais, é a dificuldade que eu acho. Só com relação a alguns médicos (Fisioterapeuta 1).

A dificuldade é muito grande de você lidar com pessoas [...] cada pessoa tem um mal costume e, como trabalha muito tempo aqui, você faz o que você quer, não quer que nada mude, quer que você conserve aquilo ali tudinho [...] você tem que ter muito diálogo, pra ver se você muda aquele paradigma daquelas pessoas que não querem mudar e querem aquilo ali e pronto, não é? Critica porque você tá querendo mudar, você tá querendo humanizar, e tem sempre aquelas críticas, eu acho que a dificuldade maior é essa (Enfermeira 3).

A dificuldade é por parte dos próprios profissionais, os próprios que dificultam, que não aceitam [...] (Enfermeira 4).

Durante a coleta de dados e observação dos participantes, ficou bastante clara a resistência dos profissionais, ressaltando os que tinham muitos anos de profissão e aqueles da categoria profissional médica, evidenciado pela participação minoritária desta classe entre os sujeitos entrevistados. Exemplo disso foi quando um médico, ao ser abordado e convidado a participar da pesquisa, referiu não gostar do termo “parto humanizado” e declarou, ainda, que, nos 17 anos de sua carreira profissional, nunca ter realizado parto desumano. Isto evidencia a falta de sensibilização ou a apropriação inadequada, destes profissionais, do que seja humanização.

Neste cenário, pode-se considerar que humanização é um processo abrangente, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois compreende alterações de comportamento, que sempre despertam insegurança.²⁰

Outras dificuldades apontadas no estudo são as mesmas que podem ser vivenciadas no cotidiano dos serviços públicos e alguns filantrópicos, que em geral recusam parturientes por absoluta falta de vagas, não conseguindo responder à demanda que extrapola o número de leitos. Quando a mulher e/ou recém-nascido necessitam de atenção especial, em casos de gestação de alto risco e prematuridade, por exemplo, a dificuldade em encontrar vagas é ainda maior, somando riscos. Assim, a demora no atendimento obstétrico tem conseqüências maternas e neonatais relevantes, além de aumento desnecessário de custos para

Almeida SMO, Silveira MFA.

Humanizing delivery: progress and...

tratamento das complicações não solucionadas.²¹

[...] a organização da demanda é incontrolável [...] a equipe se cansa, a gente recebe paciente desse interior [...] eu dou plantão à noite, todas as noites é um desgaste imenso, porque chega e não tem vaga. Coisas que a gente considera absurdo, a gente tem que ver isso, então isso não é humanização [...] a demanda é desumana, eu diria [...] ela sabe que lá fora não vai encontrar acolhida, que os outros hospitais também não têm mais vaga e elas ficam perambulando e acabam voltando pra cá, implorando pra ficar, às vezes, duas em uma cama, que a gente não admite, acha que não deve admitir e acaba admitindo, porque aí vai ficar o quê? (Enfermeira 2).

O discurso da enfermeira mostra bem a realidade da instituição, sendo corriqueiro encontrar duas mulheres dividindo o mesmo leito. Assim, essa assistência anula de diversas formas a possibilidade da mulher e da família vivenciarem os aspectos subjetivos desse momento.

Muitas gestantes que procuram assistência na rede pública de serviços passam por uma rotina que se inicia com a busca de uma vaga, após uma provável peregrinação por algumas unidades de saúde, que se completa com a separação da família na internação e com a permanência no pré-parto, usualmente um espaço coletivo junto de mulheres também em trabalho de parto ou com outras intercorrências obstétricas, sem qualquer privacidade e atenção às suas necessidades particulares.¹⁷

Neste âmbito, é preciso considerar as dificuldades apontadas pelos trabalhadores para justificar a limitação que têm em dar a maior atenção à mulher. Algumas dificuldades se referem ao tempo maior que exige a assistência humanizada e de que eles não dispõem, em razão do reduzido número de profissionais na equipe e também por circunstâncias de acúmulo de partos em certas ocasiões, além da costumeira falta de material.

[...] o número de pacientes é muito grande pra poucos profissionais. Então, muitas vezes, fica difícil de você dar àquela assistência que é cabível aquela paciente (Médica 1).

[...] o médico que faz a sala de parto, ele é médico que faz a triagem. Triagem não pode ser feito pelo mesmo profissional que tá lá em cima, na assistência ao parto. Eu acho que não, fica difícil, a gente vê muito essa dificuldade [...] (Enfermeira 2)

Se tivessem mais profissionais, seria melhor [...] (Auxiliar de enfermagem 5).

Esta é uma realidade comum em muitos serviços de assistência hospitalar, mas entende-se que a atitude humanizada dos profissionais que assistem à parturiente não está ligada exclusivamente ao tempo e ao material disponível, mas sim em tornar o momento dos contatos diretos e indiretos com a população uma expressão de interação de humanos, que promovam momentos saudáveis com a mulher, seu recém-nascido e acompanhante e, naturalmente, com os próprios integrantes da equipe de saúde.¹⁵

Pode-se compreender, assim, que o conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência.¹⁷

Espaço físico, não é? Que ainda não tem (Médica 1).

Materiais né? E a sala adequada. Tem que ter né? (Auxiliar de enfermagem 4)

Os relatos acima citados estão em consonância com documento do MS sobre a assistência ao parto que refere a necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência nas instituições. Um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e da clientela.²¹

A falta de capacitação da equipe. É a principal (Fisioterapeuta 2).

Ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência de instalações e equipamentos, além de falhas na estrutura física, demanda elevada acompanhada da falta de privacidade, bem como a ausência de preparo emocional e psicológico são algumas das situações consideradas “desumanizantes”.²¹

Mesmo considerando que parte destes eventos são resultados da má qualidade da gestão nas instituições prestadoras de assistência à saúde, os profissionais envolvidos não devem se acomodar numa posição de meros expectadores, mas sim assumindo uma postura de agente co-responsável pela prestação de um cuidado humanizado.²³ Diferentemente do que evidenciamos no discurso abaixo caracterizado pelo total distanciamento da responsabilização, sendo fácil colocar a “culpa” em terceiros:

Almeida SMO, Silveira MFA.

Humanizing delivery: progress and...

[...] num sei quais foram as dificuldades que eles encontraram, que a diretoria, a gestão do hospital encontrou, né? Num sei se eles encontraram dificuldade ou foi assim uma, digamos assim, uma acomodação [...] num depende da gente você sabe que vem lá de cima [...] (Auxiliar de enfermagem 1).

Dessa forma, recomenda-se a adoção de um conjunto de medidas tanto de ordem estrutural quanto de capacitação técnica, gerencial e financeira, e de atitude ética e humana do profissional envolvido com a atenção, de forma a propiciar às mulheres um parto humanizado sob a orientação do princípio da medicina baseada em evidências.²⁴

Finalmente, é inegável que a proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento às gestantes e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. Não se trata de adotar medidas para maquiar as instituições, nem tampouco de proposta ortopédica. A humanização deve ter como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o processo de institucionalização e medicalização da assistência ao parto, à tradição dos familiares participarem do nascimento, foi sendo desconsiderada; e as gestantes passaram a ser atendidas nos hospitais por profissionais de saúde incapacitados no âmbito da humanização, que permanecendo sozinhas durante o período do trabalho de parto, ficam sem respostas a sua ansiedade e dor.

Para tanto, a gestante, ao ser hospitalizada, num cenário no qual a relação profissional-paciente é permeada de ações desumanizantes, pode vivenciar o chamado processo de despersonalização, deixando de ter significado próprio para ser alvo de significações objetivas, relacionadas com o diagnóstico médico. Assim, faz-se necessário perceber que, frente ao isolamento e a despersonalização, a equipe deve oferecer afeto, atenção, palavra de conforto, dignidade e segurança, para que a mulher possa se sentir “viva” e participante do seu cuidado.

Com relação à implantação e o exercício da humanização na assistência ao parto, pode ser verificado neste estudo que os avanços são considerados mínimos quando em comparação às dificuldades levantadas pelos entrevistados.

A resistência dos profissionais, a limitação de vagas, a demanda elevada, acompanhada pelo número reduzido de profissionais, são os fatores considerados mais desfavoráveis na prática da humanização, sendo esta, uma realidade comum em muitos serviços de assistência hospitalar.

As imagens desta assistência representam, em parte, um movimento de rotina prescrito a qualquer mulher, sem considerar sua identidade própria e ainda muito distante da integração harmônica entre a utilização dos recursos tecnológicos e da aplicação das rotinas de trabalho da unidade, com os componentes culturais e afetivos da puérpera e seu acompanhante, a ponto de criar, em cooperação, um ritual do processo de parir e de nascer com identidade própria.

A partir dos resultados desta pesquisa, podemos concluir que os fatores relacionados aos avanços e dificuldades inerentes à humanização dependem em grande parte do profissionalismo e, sobretudo da atitude ética dos gestores e profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto. Assim, se faz necessário que os mesmos, assumam atitudes de co-responsabilidade numa perspectiva de que, juntos possam superar os obstáculos que se colocam frente ao cuidado humanizado em todas as suas dimensões.

É sabido que a gestação e o parto são eventos considerados marcantes na vida das mulheres e dos seus familiares. Representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do status de “mulher” para o de “mãe”. Embora a fisiologia do parto seja a mesma, nenhuma sociedade deve tratá-lo de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.

Portanto, especificamente, no contexto da parturição, cuidados simples - como escutar, demonstrar atenção, atitude - além de promover o bem-estar e conforto das pessoas envolvidas, fortalecem os direitos da mulher em trabalho de parto, contribuindo para que ela se desenvolva como agente promotor de sua própria vida e da vida de seu filho.

REFERÊNCIAS

1. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enfermagem. 2000 dez; 53(especial):25-30.
2. Piancastelli CH. Saúde da Família e desenvolvimento de recursos humanos. Divulgação em Saúde para Debate. 2000 dez; 21(21):44-8.

Almeida SMO, Silveira MFA.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

4. Brasil. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. [Acesso em: 2008 ago 27] Disponível em: http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/cartilha_informacoes_gestores_e_tecnicos.doc

5. Zoboli ELCP, Martins CL, Fortes PAC. O Programa de Saúde da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. IDS. In: Brasil, IDS, USP, MS. (Org.). Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.47-50.

6. Nogueira MIS, Silva CVBS, Schnepfer MAA, Mendes EA. A humanização no atendimento ao pré, trans e pós-parto. *Enferm Atual*. 2001 julho/agosto; 1:31- 4.

7. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005 nov./dez;13(6): 960-7.

8. Duarte AC. O que é “Parto Humanizado”? [Acesso em: 2008 dez 01] Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/partohumanizado.html>

9. Riesco MLG. Dossiê humanização do parto. [Acesso em: 2005 ago 27] Disponível em: http://www.mulheresnegras.org/publi_saud.html

10. Minayo MAS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Rev. Saúde Pública*. 1991;25(3):233-8.

11. Gualda DMR, Mereghi MAB, Oliveira SMJV. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. *Rev Esc Enf USP*, 1995; 29(3):297-309.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em pesquisa. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

13. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

14. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.

15. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa

Humanizing delivery: progress and...

Catarina. *Ciênc saúde coletiva*. 2005 set/dez;10(suppl):221-30.

16. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento, *Ciênc saúde coletiva*. 2005 jul/set; 10(3):627-37.

17. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implementação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc saúde coletiva*. 2005 jul/set;10(3);699-705.

18. Chaiben RMS. Projeto e-voluntários da saúde infantil: uma proposta de humanização da assistência às crianças hospitalizadas. [Acesso em: 2008 nov 01]

Disponível em: <http://www.batebyte.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1379>

19. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2004;9(1):7-14.

20. Martins MCFN. Humanização da saúde. Rio de Janeiro: Ser Médico. 2002; (18):27-9.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

22. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Am Enfermagem*. 2005 jan./fev; 13(1):105-11.

23. Silva RCL, Figueiredo NMA, Porto IS, Jacintho TDE, Oliveira S, Vieira C. Humanização em terapia intensiva: analisando a idéia de desumanização na perspectiva ético-legal do cuidado de enfermagem. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2009 jul/set;3(3):205-213.

24. Boaretto C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 9(1):15-29.

25. Félix LG, Silveira MFA. Acolhimento no programa saúde da família: o abraço para a vida. Campina Grande: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba; 2003. Relatório Final de Pesquisa.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/08/01

Last received: 2009/09/10

Accepted: 2009/09/11

Publishing: 2009/10/01

Almeida SMO, Silveira MFA.

Humanizing delivery: progress and...

Corresponding Address

Samira Maria Oliveira Almeida
Rua João Sales de Menezes, 419, 302-B
Iputinga
CEP: 50670-390 – Recife (PE), Brazil