



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

PAULA CRISTINA ALVES DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO NO NASCIMENTO:  
PERCEÇÃO DA PARTURIENTE QUANTO À ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM NO PRÉ-PARTO DO HOSPITAL REGIONAL MATERNO  
INFANTIL DE IMPERATRIZ-MA**

GOIÂNIA  
2013

PAULA CRISTINA ALVES DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO NO NASCIMENTO:  
PERCEPÇÃO DA PARTURIENTE QUANTO À ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM NO PRÉ-PARTO HOSPITAL REGIONAL MATERNO  
INFANTIL DE IMPERATRIZ-MA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Área de Concentração: Ciências Ambientais e Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Eline Jonas

GOIÂNIA  
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA  
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca Central da Pontifícia  
Universidade Católica de Goiás

#### Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP) (Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

S586p Silva, Paula Cristina Alves da.  
Políticas públicas de humanização no nascimento  
[manuscrito] : percepção da parturiente quanto à assistência de  
enfermagem no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil  
de Imperatriz-MA / Paula Cristina Alves da Silva.-- 2013.  
92 f.; 30cm.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Goiânia, 2013.  
“Orientador: Prof. Dr. Eline Jonas”.

1. Humanização do parto. 2. Enfermagem. 3. Política pública.  
I.Jonas, Eline. II. Título.

CDU 618.4(043)

**SILVA, P. C. A Políticas Públicas de Humanização no Nascimento: Percepção da Parturiente quanto à Assistência de Enfermagem no Pré-Parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Área de Concentração: Ciências Ambientais e Saúde

Avaliado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho primeiramente ao Senhor Santo Deus, pois tenho plena convicção que foi pelo seu total intermédio que cheguei até aqui, pela sua misericórdia nasci, encontro-me viva, cheguei ao mestrado e hoje finalizo este curso. Toda honra seja dada ao Senhor Jesus Cristo.

## **AGRADECIMENTOS**

Às mulheres participantes deste estudo, que são as protagonistas desse trabalho.

Ao Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, que viabilizou esta pesquisa, em especial a pessoa da coordenadora de educação permanente - Vigília Borel Fumian Gomes.

À minha orientadora, Dr<sup>a</sup>. Eline Jonas, pela tranquilidade com que conduziu a orientação deste trabalho, por todo o conhecimento transmitido, pela humildade demonstrada, pelos aprendizados colocados nas linhas deste trabalho e também por aqueles que estão nas entrelinhas.

E a todos aqui não mencionados, mas que de forma direta ou indireta contribuíram para a concretização desse sonho.

Filho meu, se aceitares as minhas palavras, e esconderes contigo os meus mandamentos, para fazeres o teu ouvido atento à sabedoria; e inclinares o teu coração ao entendimento; se clamares por conhecimento, e por inteligência alçares a tua voz, se como a prata a buscares e como a tesouros escondidos a procurares, então entenderás o temor do Senhor, e acharás o conhecimento de Deus.

**Provérbios 2:1-5**

## RESUMO

SILVA, P.C.A. **Políticas Públicas de Humanização no Nascimento: Percepção da Parturiente quanto à Assistência de Enfermagem no Pré-Parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA.** 2013. 92f. Dissertação – [Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais Saúde; Goiânia, 2013.

O Ministério da Saúde afirma que a gravidez é um evento social que marca definitivamente a vida reprodutiva da mulher. Para respaldar e garantir à gestante assistência qualificada, entram em cena as políticas de saúde relacionadas ao momento de gestação e parto, especificamente com o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que implementa as políticas do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e visa resgatar a atenção obstétrica integrada, eficaz e humana, envolvendo estados, municípios e unidades de saúde. Um dos locais protagonistas deste percurso é a sala de pré-parto; local destinado ao trabalho de parto. A assistência de enfermagem prestada nesse setor interfere e determina diretamente as condições de parturição. Neste contexto, optou-se por desenvolver uma pesquisa qualitativa com o objetivo: de conhecer a percepção das parturientes atendidas no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA quanto à assistência de enfermagem, além de conhecer a assistência de enfermagem prestada às parturientes na sala de pré-parto; caracterizar a estrutura física, organizacional e profissional do pré-parto e analisar a assistência e os procedimentos realizados dentro do pré-parto à luz do PHPN. Os dados foram coletados por meio de observação direta e entrevistas por saturação de informações junto a 9 (nove) mulheres com mais de 18 anos, todas no puerpério imediato, independentemente do número de paridade; residentes no município de Imperatriz do Maranhão e que tinham realizado o parto no centro obstétrico do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA. Elas tiveram permanência mínima de sessenta minutos na sala de pré-parto e consentiram em participar do estudo mediante informação, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A partir da análise dos dados, constatou-se que a média de idade foi de 24 anos, com ensino médio, em união estável e parto vaginal. As percepções das participantes demonstraram que o pré-parto tornou-se um lugar marcante em decorrência das emoções conflituosas que ali foram vivenciadas; que as mesmas não se sentem acolhidas pela equipe profissional que ali atua, mas que o conforto do espaço físico que elas ocupam e a presença da (o) acompanhante ajudaram a amenizar a ausência de acolhimento das (o) profissionais; quanto ao cuidado, observou-se a superficialidade da assistência de enfermagem, que destinou sua atenção a procedimentos e rotinas técnicas em detrimento da assistência humanizada, além da descaracterização da figura da (o) enfermeira (o), pois se tornou invisível aos olhos das entrevistadas, não conseguindo estas identificar e/ou caracterizar a figura e a função da (o) enfermeira (o) na sala de pré-parto. Os resultados sugerem que a sala de pré-parto é um local marcante pelas emoções conflituosas ali vivenciadas; o acolhimento não é realizado, passando a ser atribuído ao espaço físico e aos acompanhantes; foram encontradas falhas na assistência humanizada preconizada pelo PHPN em decorrência da superficialidade na assistência de enfermagem e a descaracterização da figura da (o) enfermeira (o).

Assim, ainda são muitos os desafios das equipes de enfermagem para o acolhimento e a humanização no cuidar de pessoas no ambiente de parturição.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas. Parto Humanizado. Cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

SILVA, P.C.A. **Public Policies for Humanization of Birth: Perception of Parturient regarding Nursing Care in daily pay-childbirth the Hospital Regional Motherly childlike of Imperatriz-MA.** 2013. 92f. Dissertation - [Masters]. Catholic University of Goiás, Masters in Environmental Science and Health; Goiânia, 2013.

The Health Ministry says that pregnancy is a social event that definitely marks the reproductive life of a woman. To support and ensure quality care for pregnant women, come into play health policies related to the time of pregnancy and delivery, specifically with the National Program for Humanization of Prenatal and Birth, which implements the policies of the Program of Integrated Healthcare Women and aims to rescue obstetric integrated, effective and humane, involving states, municipalities and health units. A local protagonists of this route is the pre-delivery room; site dedicated to labor. The nursing care provided in that sector and interferes directly determines the conditions for parity of pregnant women. In this context, we chose to develop a qualitative research with the goal: to find the perception of pregnant women attended the pre-partum Regional Hospital Maternal Child-Empress of MA regarding nursing care, and meet the nursing care provided to parturients room antepartum; characterize the physical structure, organizational and professional prenatal and analyze the service and the procedures performed in the pre-partum in light of PHPN. Data were collected through interviews and direct observation by saturation information from the nine (9) women over 18 years, all in the postpartum period, regardless of the number of parity; residents in the town of Maranhao and Empress who had performed in the obstetric delivery Regional Hospital Maternal Child-Empress of MA. They had minimum stay of sixty minutes in pre-partum room and consented to participate in the study by informing, explaining and signing the Consent. From the data analysis, it was found that the mean age was 24 years, with high school, in stable and vaginal delivery. The perceptions of the participants showed that antepartum became a special role due to the conflicting emotions that were experienced there, that they do not feel welcomed by the professional staff that works there, but the comfort of the physical space they occupy helps alleviate the lack of human host; regarding care, there was the shallowness of nursing care, which allocated their attention to procedures and routines techniques at the expense of humanized, and mischaracterization of the figure of the nurse, as became invisible to the eyes of respondents, failing to identify these and / or figure and characterize the role of the nurse in the room during labor. The results suggest that antepartum room is a place marked by conflicting emotions experienced there, the host is not done, going to be assigned to physical space; flaws were found in humanized advocated by PHPN due to the shallowness of the assistance nursing and nurse's mischaracterization of the figure. Thus, there are still many challenges for the nursing staff in the reception and humane care for people within the environment of parturition.

**Keywords:** Public Policies. Humanized Childbirth. Taken Care of Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01-	Cidade de Imperatriz. Estado do Maranhão.....	39
Figura 02-	Fachada do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA.....	40
Figura 03-	Representação dos núcleos temáticos e unidades de significados relacionados a percepção da parturiente quanto a assistência de enfermagem no pré-parto. Imperatriz, 2013.....	48
Figura 04-	Corredor que divide as duas salas de pré-parto.....	52
Figura 05-	Pré-parto 01. Leito identificado, biombo e cadeira para acompanhante.....	52
Figura 06-	Pré-parto 01. Banheiro.....	52
Figura 07-	Pré-parto 01. Armário de medicamentos, materiais e equipamentos.....	53
Figura 08-	Pré-parto 01. Materiais utilizados no método não farmacológico para alívio da dor.....	54
Figura 09-	Pré-parto 01. Parte interna – janelas, depósito de lixo e saída de O <sub>2</sub> .....	54
Figura 10-	Pré-parto 02. Porta de entrada da sala do pré-parto.....	54
Figura 11-	Pré-parto 02. Leito identificado. Janela.....	55
Figura 12-	Pré-parto 02. Armário de medicamentos, materiais e equipamentos.....	55
Figura 13-	Pré-parto 02. Pia, televisão, janela.....	55

## LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
MA	Maranhão
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
GM	Gabinete do Ministro
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PIB	Produto Interno Bruto
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
CNESNET	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
BCF	Batimento Cardíaco Fetal
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
RN	Recém-nascido

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
<b>2.1 O Processo Histórico do Desenvolvimento de Políticas Públicas de Humanização do Parto</b> .....	18
2.1.1 A Parturição e as Primeiras Medidas de Humanização.....	21
<b>2.2 O Movimento pela Humanização do Parto no Brasil</b> .....	23
<b>2.3 O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)</b> .....	26
<b>2.4 A Assistência de Enfermagem no Trabalho de Parto e Parto Humanizado</b> .	30
<b>3 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	37
<b>3.1 Abordagem e Tipo de Estudo</b> .....	37
<b>3.2 Participantes do Estudo</b> .....	37
<b>3.3 Cenário do Estudo</b> .....	38
<b>3.4 Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	41
<b>3.5 Trabalho de Campo</b> .....	41
<b>3.6 Análise dos dados</b> .....	43
<b>3.7 Considerações Éticas</b> .....	44
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	46
<b>4.1 Identificação das Participantes</b> .....	46
<b>4.2 A Percepção da Parturiente Quanto à Assistência de Enfermagem no Pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA</b> .....	48
4.2.1 Pré-parto: Lugar Marcante .....	49
4.2.2 Acolhimento.....	51
4.2.2.1 <i>Caracterização da Estrutura Física, Organizacional e Profissional do Pré-parto</i> .....	51
4.2.2.2 <i>Acolhimento: Espaço Físico X Postura Profissional</i> .....	56
4.2.3 O Cuidado .....	63

4.2.4 Caracterização da Figura da (o) Enfermeira (o) .....	70
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>77</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>84</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>88</b>

## INTRODUÇÃO

As ferramentas utilizadas na oferta de saúde aos brasileiros sofreram mudanças com o passar do século XX. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política social com pilares e diretrizes humanísticas que vêm sendo aprimoradas, entretanto, ainda existe a presença hegemônica do modelo privatista e hospitalocêntrico. As políticas públicas e os movimentos sociais têm grande contribuição nas conquistas consideradas como avanço dentro do SUS (VALENCA; GERMANO, 2010).

A partir de então, as políticas públicas no âmbito da saúde têm se destacado pela capacidade de viabilizar mudança na assistência ofertada à população, com um alcance que possibilita o atendimento aos vários municípios e regiões do país. Uma dessas políticas, apresentada pelo Ministério da Saúde (MS) é o novo modelo assistencial a gestação e ao parto (BRASIL, 2010).

Neste contexto, o parto deve ser visto como um evento possível de múltiplos significados. A parturiente o percebe com um sentimento conflitante, atribuído aos aspectos antagônicos, que unem dor e felicidade, vida e morte, seguidos de ansiedade e responsabilidade, fazendo com que o trabalho de parto torne-se um momento inesquecível que pode ser condicionado ao tipo de assistência prestada pela equipe obstétrica.

De acordo com Diniz (2000) a partir da década de 70 passou-se a questionar a qualidade da assistência que antecede o parto, instigando a criação de medidas humanizadoras. Surgem assim, os movimentos pela humanização do parto com novas propostas para a assistência ao parto e nascimento, sendo estabelecidas algumas recomendações, desfazendo-se de rotinas obstétricas desnecessárias, quando possível evitando a intervenção no momento natural do parto e a valorização da mulher como protagonista do trabalho de parto, assistindo-a com um olhar holístico e valorizando aspectos essenciais do ser humano.

Com o crescimento dessas propostas humanistas, mais tarde surge um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzidos pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado em maio e junho de 2000, com o objetivo de abranger centenas de instituições.

No decorrer dessas quase duas décadas, sua implantação foi bem oscilante em todo o país, o que demonstra quão ampla e complexa é a proposta do programa. Entretanto, mesmo nos serviços em que as atividades são supostamente realizadas como preconizadas pelo PHPN, existem questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o resultado demonstrado nos indicadores que a espelham.

Na realidade da situação obstétrica, a desumanização que envolve os momentos considerados tão importantes e, principalmente, o fato de todas as mulheres terem o direito e garantia ao atendimento qualificado e humanizado, foram analisadas questões emblemáticas a serem enfrentadas e discutidas nesta pesquisa.

Dessa forma, a sala de pré-parto deve oferecer todos os recursos que a parturiente possa vir a necessitar, sejam eles, humanos ou materiais. O espaço físico adequado também se faz necessário para o desenvolvimento de atividades que promovam tranquilidade, segurança e conforto à gestante, além de poder contar com a presença de um acompanhante, que nesse momento configura-se como um grande aliado para a equipe de saúde, uma vez que é responsável por fornecer apoio e confiança (BRASIL, 2000).

A parturiente espera encontrar profissionais fortes e, ao mesmo tempo, sensíveis, que possam acolhê-la durante a sua estadia e também que possam ampará-la durante as intercorrências de um trabalho de parto, que pode ser laborioso. As percepções conflituosas em relação ao parto podem ser minimizadas com a oferta de uma assistência mais humanizada (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Sendo assim, o PHPN também enfatiza a importância do acolhimento à gestante, companheiro e família, a fim de proporcionar um ambiente tranquilo e seguro. O responsável pelo acolhimento e demais etapas da assistência é a enfermeira (o) que na interpretação de Beck et al. (2009) é imprescindível que essas profissionais da enfermagem tenham a percepção da vulnerabilidade da mulher durante o trabalho de parto e durante o parto, atuando como mediador entre o que preconiza o Ministério da Saúde e o que disponibiliza ou necessita cada comunidade, fazendo um trabalho harmonioso entre as necessidades da parturiente e as suas capacidades.

Na prática de cuidar de uma profissional enfermeira (o) destaca-se a prestação do apoio emocional à mulher no período de parturição, quase sempre

vivenciado dentro da sala de pré-parto. Esse cuidado tem uma função importante na humanização que se considera imprescindível para que a mulher tenha uma experiência positiva da parturição. O diferencial desse modelo de cuidado é a comunicação e o apoio, o que favorece a interação efetiva entre a parturiente e a (o) enfermeira (o) (LOPES et al., 2009).

Portanto, conhecer as políticas públicas de humanização no nascimento sob a percepção da parturiente quanto à assistência de enfermagem no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, tornou-se significativo para a população do município, permitindo que a mesma conheça e se necessário intervenha, a fim de garantir uma melhor assistência num momento tão ímpar. Por isto, tornou-se este o objetivo geral da pesquisa: conhecer a percepção das parturientes atendidas no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA quanto à assistência de enfermagem. E quanto aos objetivos específicos: conhecer a assistência de enfermagem prestada às parturientes na sala de pré-parto; caracterizar a estrutura física, organizacional e profissional do pré-parto; analisar a assistência e os procedimentos realizados dentro do pré-parto à luz do PHPN.

Em Imperatriz do Maranhão ainda não havia sido realizado nenhum estudo visando um conhecimento mais amplo ao longo dos seis (6) anos de implantação do PHPN. Assim, a busca por informações mais amplas sobre as políticas de humanização e assistência de enfermagem prestada à parturiente no pré-parto justificou e constituiu este estudo, tendo em vista que as colocações advindas contribuirão para o diagnóstico da situação e fornecerão subsídios aos gestores para o planejamento do trabalho da equipe de enfermagem que assiste a parturiente na sala de pré-parto, fortalecendo o PHPN como instrumento de organização da atenção obstétrica, ampliando a adesão às ações preconizadas, visando como retorno uma assistência nos momentos que antecedem o parto, assim como construir parâmetros para avaliações futuras.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O Processo Histórico do Desenvolvimento de Políticas Públicas de Humanização do Parto

Os conceitos e práticas de atenção à saúde estão vinculados ao momento histórico e ao contexto social em que se vive, ou seja, são construídos histórica e socialmente; no debate contemporâneo das políticas de saúde, essas são alvo de importantes conflitos, que se tornam mais intensos quando referidos aos momentos de nascimento e morte, como condições especiais aos indivíduos. Nesse debate estão envolvidas questões técnicas, éticas e de qualidade de vida (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

Referente ao nascimento observa-se que, no início, as maternidades-escola eram restritas às mulheres da elite e também as indigentes, logo mais, houve uma expansão desse modelo como padrão de assistência em áreas urbanas. Na metade do Século XX, a prática da hospitalização do parto já estava inserida em vários países, mesmo sem estudos que descrevessem evidências científicas seguras de superação ao parto domiciliar ou em casas de parto. A partir de então a obstetrícia não-médica, realizada por parteiras ou leigos, tornou-se ilegal, assim como o parto não-hospitalizado (OSAVA, 2003).

Neste cenário, surge a postura do movimento de mulheres, exemplificada, desde a década de 70, na palavra de ordem “nosso corpo nos pertence” que questionava, entre outras, a assistência ao parto, apontando questões como: a quem o parto pertence e em que são baseadas as práticas realizadas neste momento, tão significantes do ponto de vista social e cultural (ÁVILA; CORRÊA, 1999; DINIZ, 2000).

Com o apoio desses movimentos militantes, passa-se a acreditar que essa assistência ao parto deve seguir modelos baseados no apoio emocional e social das mulheres, porém, modelos altamente intervencionistas, sem evidências que comprovem os benefícios ainda são predominantes na área da saúde. Os diferentes métodos produzem divergências técnicas, éticas e políticas. Estas questões continuam a requerer amplo debate público com o envolvimento e a participação de toda a sociedade nas definições de como prover cuidados de saúde (BRASIL, 2008).

[...] historicamente, esta discussão ganhou grande representatividade quando, em 1985, em Fortaleza, representantes e convidados da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reuniram-se e fizeram recomendações para um conjunto de práticas consideradas de “rotina”, questionando o papel de tais práticas na assistência ao parto normal. O reconhecimento de que o parto, na grande maioria dos casos, necessita apenas de observação deveria ser permanente e o uso de técnicas e tecnologias que são resultados do progresso da Obstetrícia deveria ser criterioso e não indiscriminado, com base no princípio de que nenhuma técnica ou tecnologia é intrinsecamente boa ou ruim, e sua aplicação não deve ser automaticamente rotina sem as devidas indicações, mesmo para as práticas consideradas mais simples. Uma questão central que aparece é que o excesso de intervenções é responsável por um conjunto de desvantagens que incluem desde os recursos desperdiçados até importantes doenças com efeitos e complicações causadas como resultado de tratamentos médicos (SERRUYA et al., 2004, p. 271).

Os governos também passaram a reconhecer por meio das demandas dos movimentos sociais que as tecnologias de saúde necessitam estar sujeitas à maior regulação e aos parâmetros de utilização para promoverem efetividade e eficiência. Na questão da assistência ao parto e ao nascimento, o MS, destaca que o atual modelo dominante é muito dependente da tecnologia médica e tem diminuído a confiança na capacidade inata da mulher para dar à luz sem intervenção. Os procedimentos, exames e medicamentos, muitas vezes utilizados com pouco embasamento em evidências científicas, podem propiciar riscos desnecessários para as gestantes e seus filhos (BRASIL, 2008).

Essa supervalorização dos recursos tecnológicos de intervenção quase sempre pode ser percebida por parte das parturientes e também pelos profissionais de saúde, segundo Meneghel et al. (2003, p. 959) “a despeito de seus benefícios, vem ocultando uma medicalização indiscriminada, onde o desejo das mulheres tem contado muito pouco”.

A mulher parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto. Totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir (CASTRO; CLAPIS, 2005, p. 966).

Atrelado à mecanização, as cirurgias cesarianas ganham espaço e respaldo caracterizando uma postura técnica de direcionamento do parto. Este tipo

de intervenção foi criado para proteger a vida da mãe e/ou da criança quando necessário e não para ser utilizada como possível conveniência médica.

Contrário a essa postura, Davis-Floyd (2001, p. 47) revela que “de maneira antagônica ao ‘tecnicismo’, várias vezes levantaram-se reclamando a retomada de partos ‘naturais’, com opiniões diferentes acerca da cena do parto, atores e cenários”. Neste momento existe grande representatividade de rejeição ao modelo tecnológico de intervenção. E hoje, uma das políticas do MS prioriza o parto normal sem intervenções com o ideal de que é necessário “humanizar” o parto e o nascimento.

Esta movimentação a favor de uma nova prática obstétrica obteve importante reforço, político e técnico, quando, em 1996, a Organização Mundial da Saúde publicou um guia para a assistência ao parto normal, apresentando as recomendações, baseadas em evidências, sobre as práticas relacionadas ao parto normal, classificadas em quatro categorias, de acordo com o nível de evidência científica disponível segundo a classificação de Mulrow -1987- (BRASIL, 1999, p. 28).

Estas recomendações de acordo com Mulrow (1987, p. 186) “objetivam garantir os direitos das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, questionando procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina”. Este guia, disponível em inglês e espanhol, posteriormente traduzido ao português, foi bem recebido em todo mundo e, especialmente, na América Latina e no Brasil. Foi ainda inspiração para a elaboração do respectivo manual técnico pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Quanto à assistência hospitalar ao parto, no nosso meio, quase sempre não tem contemplado o suporte das políticas públicas, desassistindo social e emocionalmente as mulheres. Dias e Domingues (2005, p. 10) afirmam que, “de um modo geral, a gestante em trabalho de parto é internada num hospital público, num ambiente estranho, sozinha, afastada de seus familiares e com profissionais desconhecidos”.

A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2010, p. 30).

Ao utilizar essas características da assistência hospitalar como critérios, um conflito fundamental se refere ao conceito de atenção em saúde obstétrica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem trabalhado de forma árdua no desenvolvimento de sistemas que monitoram e controlam o desenvolvimento e utilização das tecnologias de saúde, para fazer com que estas sejam mais apropriadas às necessidades do público do que aos interesses corporativos dos profissionais e sistemas de saúde, utilizando dessa forma esforços para disseminar conceitos e práticas de promoção de saúde (BRASIL, 2011).

Neste sentido, para Serruya et al. (2004) iniciativas já têm sido adotadas para modificar o quadro dominante. Estas iniciativas são especialmente os aspectos principais da política de humanização; as percepções sobre o parto; as inovações na atenção ao parto; o contexto brasileiro e a política de humanização atuante em alguns estados e municípios, sendo o Rio de Janeiro referência nessas modificações.

### 2.1.1 A Parturição e as Primeiras Medidas de Humanização

O termo *humanizaré* é utilizado há muitas décadas, com vários significados. Fernando Magalhães, considerado o Pai da Obstetrícia Brasileira, passou a empregar o termo no início do Século XX, seguido do professor Jorge de Rezende, logo mais na segunda metade do século.

Ainda nesse período inicial, surge a ideia de humanização, retratada nos procedimentos técnicos. Rezende e Montenegro (2008, p. 174) [ambos defendiam que a alteração do estado de consciência devido à intoxicação por determinadas substâncias] – “narcose – e o uso do fórceps, seriam recursos para humanizar a assistência aos partos. Esses conceitos eram difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional”.

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (DINIZ, 1997, p. 20).

Na percepção de Magalhães (1916 apud Diniz, 1997, p. 25), a obstetrícia médica passa a partir de então a resgatar o papel de cuidado às mulheres, trazendo uma percepção mais humana na maneira de resolver o problema da parturição sem dor,

Agora a mulher é descrita não mais como culpada que deve expiar, mas como vitimada sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpélvico”. Para a mãe, o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forcado (a passagem do bebê pela vulva), e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea). Através da pelvimetria, “base da ciência obstétrica”, a pélvis feminina é esquadrihada com base na física e na matemática, com o desenvolvimento dos pelvímetros, compassos, ângulos e cálculos. Nesse período disseminam-se os itens do armamentário cirúrgico-obstétrico, uma variedade de fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos hoje consideradas meras curiosidades arqueológicas (DINIZ, 2000, p. 21).

Uma vez que o parto é descrito como um evento desagradável, a obstetrícia médica oferece um esquecimento dessa experiência. Durante décadas do Século XX, mulheres pertencentes à classe média e alta, em plena industrialização mundial, tiveram seus filhos de forma inconsciente. Para Osava (2003, p. 10) “o parto sob sedação total (‘sono crepuscular’, ou *twilight sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites”.

Segundo Osava (2003) o parto era realizado sobre efeitos de uma injeção de morfina administrada no início do trabalho de parto e, logo mais, uma dose de um amnésico chamado Escopolamina, dessa forma a mulher sentia a dor, porém, não tinha lembranças conscientes desses momentos.

Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto contidas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (DINIZ, 2000, p. 21).

O modelo de assistência acima descrito, que envolve uma sedação completa mais o parto instrumental, foi deixado após muitas décadas, quando altos índices de morbimortalidade materna e perinatal passaram a ser considerados

exorbitantes. Ainda assim, com a chegada de formas mais seguras de anestésicos, passou-se a utilizar um modelo de assistência subdividido em várias etapas de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2013).

Na atualidade, de acordo com Diniz (2005, p. 629) “no Brasil, ainda se incluem como rotina a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia) nas primíparas”.

Finaliza Ávila e Corrêa (1999) uma vez que esse uso desmedido dessas técnicas provocam mais danos que benefícios, há cerca de 25 anos iniciou-se um movimento internacional que priorizava a utilização de uma tecnologia adequada, juntamente com a qualidade de relacionamento entre parturiente e seus cuidadores, e o desuso da tecnologia desnecessária e danosa. Esse movimento recebe diferentes nomes nos diversos países, e no Brasil é geralmente conhecido como humanização do parto.

## **2.2 O Movimento pela Humanização do Parto no Brasil**

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005, p. 630).

Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), que atualmente possui centenas de filiados, entre indivíduos e instituições. A Carta de Campinas, é o documento base da fundação da ReHuNa, que engloba denúncias sobre o quadro de violência e desumanização em que ocorre a assistência, principalmente as condições desumanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento (REHUNA, 1993).

A ReHuNa, leva em conta que, a violência da imposição de rotinas no parto vaginal, da postura de parto e das intervenções obstétricas desnecessárias prejudicam e inibem o andamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto,

sendo tratado como uma patologia que necessita de intervenção médica, transformando-se em uma experiência frustrante. Em decorrência disto, é de se esperar que as mulheres percebam a cesárea como melhor prática para o nascimento, sem medo, sem risco e sem dor (TORNQUIST, 2004).

A rede funciona como um veículo de denúncia, mas também como recurso na busca por justiça, aprimoramento dos programas e comunicador entre a sociedade e os órgãos responsáveis. A maioria dos integrantes da ReHuNa são profissionais de saúde, muitos deles, envolvidos diretamente na realização da assistência ou como pesquisadores, são principalmente enfermeiras (os) e médicas (os), das áreas de obstetrícia, ginecologia ou saúde pública (DINIZ, 2005).

Também fazem parte da rede psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas alternativos e profissionais liberais. Segundo Diniz (2000), Tornquist (2004) e Goer (2004) no Brasil, há uma importante atuação dos movimentos de mulheres assim como no movimento internacional.

Há também uma presença importante das ideias da Saúde Coletiva e de defesa do SUS. Muitos encontros foram organizados por participantes dessa rede, como o Encontro Parto Natural e Consciente no Rio (anual, no qual ocorre a Plenária Nacional da ReHuNa), além de encontros locais. Isto contribuiu para formar uma comunidade que passou a se reunir várias vezes por ano presencialmente, e a partir do fim da década de 1990, virtualmente através de listas eletrônicas como Parto Natural, Amigas do Parto, ReHuNa, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas, entre outras (TORNQUIST, 2004, p. 83).

Grande parte dessas comunidades foram criadas por mulheres de classe média – uma novidade política de enorme potencial na mudança, além destas, representantes de todas as classes estão envolvidas. O movimento de humanização do parto no Brasil é um movimento pluralista e agregador (DINIZ, 2005).

Já em 1994 surge no Rio uma primeira maternidade pública “autodefinida” como humanizada, que recebeu o justo nome de Leila Diniz. Outro marco em termos de políticas públicas foram a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas, em 1998, e a proposição das Casas de Parto. Os critérios para a concessão do prêmio são baseados na adesão às recomendações da OMS, tais como a presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto, a assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras, e controle das taxas de cesárea. Concedido em nível estadual, regional e nacional, o Galba tem provocado uma mobilização dos hospitais e tido a participação de um número de serviços crescente a cada edição, contribuindo para conferir legitimidade ao modelo humanizado – ainda que os serviços premiados enfrentem incontáveis problemas para a

implementação do modelo. O projeto de Casas de Parto, após um início promissor, encontra limites e resistências principalmente dos médicos (TORNQUIST, 2004, p. 92).

O termo humanizar tem sido utilizado por vários atores sociais, cada um atribui significados e representações diferenciadas, ampliando a proposta de humanizar. Para Diniz (2005, p. 103) “a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos”.

Na literatura não existe uma conformidade sobre o conceito de “humanização”. No ano 2000, foi realizada em Fortaleza, a Conferência Internacional da Humanização do Nascimento, neste cenário, houve o anúncio das definições de “humanização” e “cuidado humanizado”, a partir da igualdade de opiniões de várias lideranças das áreas ali representadas (RATTNER, 2009).

Para Goer (2004, p. 312) “apesar de o termo humanização ser mais utilizado na América Latina, ele tem tido um apelo internacional, refletido em iniciativas como a Conferência Internacional pela Humanização do Parto”. A primeira edição foi realizada em Fortaleza, no ano 2000 e contou com mais de duas mil pessoas de inúmeros países. A segunda edição da Conferência ocorreu em novembro de 2005, no Rio de Janeiro, consolidando o movimento global pela humanização do parto e celebrando os 20 anos da Carta de Fortaleza juntamente com um balanço dos avanços, projetando para os anos seguintes. E a terceira edição em 2011, na cidade de Brasília, tratou de temas como: a redução da morbimortalidade materna e perinatal, a redução dos índices de cesarianas desnecessárias, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a humanização da assistência ao pré-natal, parto, pós-parto.

Após todas essas análises entende-se por humanização do parto o conjunto de propostas que a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde adotam:

O incentivo ao parto vaginal; aleitamento materno; alojamento conjunto; à presença de acompanhante; à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no progresso do parto; estímulo às técnicas mecânicas de alívio a dor (massagens, banhos, deambulação); uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina); analgesia; abolição da prática de enema e tricotomia. A OMS ainda faz crítica significativa à excessiva medicalização do parto, pois é responsável por altas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

O Ministério da Saúde propõe um conceito da humanização da assistência ao parto como: um processo natural e fisiológico que normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas; respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais da mulher; disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade, a insegurança e o medo do parto; promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional; informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor; oferecer espaço e apoio para a presença de um acompanhante; direito da mulher escolher o local e a posição do nascimento com responsabilidade para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde e todos os esforços para evitar condutas intempestivas para o bebê (BRASIL, 2011).

Deste modo, a proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas (RATTNER, 2009).

### **2.3 O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**

Após perceber as falhas na execução dos direitos a saúde da mulher e nos aspectos básicos da humanização, o MS tomou a iniciativa de lançar um programa que tivesse como pilar de sustentação a humanização e os direitos à saúde da mulher fossem os direcionadores das práticas. Mesmo com as limitações assistenciais, a estratégia foi lançada em junho de 2000 e recebeu por nome - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

A fundamentação da medida ministerial pode ser notada nas portarias do Programa, que revelam direcionamentos considerados como divisor de águas, anunciando a humanização como um novo modelo de assistência. É possível perceber, na cartilha de apresentação do Programa que a humanização da assistência é revelada como a principal estratégia, seguida da apresentação das características conceituais sobre humanização (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar os direitos a saúde da mulher, que são: 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 de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito

à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000, p.69).

O Programa foi instituído com as Portarias do Gabinete do Ministro (GM) nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 1/6/2000, e apresentou como objetivo fundamental a diminuição das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, e para isso, deveria haver a ampliação do acesso ao pré-natal com assistência qualificada, garantindo que os benefícios adquiridos nessas consultas ambulatoriais fossem refletidos no momento do parto (BRASIL, 2010).

O PHPN é estruturado por três pilares essenciais: o primeiro é a assistência qualificada no pré-natal; o segundo é relacionado à gestão e administração dos recursos para a assistência obstétrica e neonatal hospitalar; e o terceiro estabelece novos métodos de remuneração. A estrutura referida tem a intenção de aperfeiçoar a atenção obstétrica, com a finalidade de envolver integralmente todas as instâncias gestoras, os profissionais e a população (BRASIL, 2010).

Esse Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios:

- Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000, p.72).

Idealmente, toda gestante deveria chegar ao momento do trabalho de parto após assistência e preparo pré-natais adequados. O pré-natal é o período em

que devem ser feitos o rastreamento dos fatores de risco gestacionais e o tratamento das enfermidades associadas. Entretanto, estudos têm demonstrado que a assistência pré-natal por si só não consegue identificar adequadamente o risco intraparto, sendo o trabalho de parto, o parto e o puerpério períodos nos quais a atenção médica e de enfermagem qualificada podem ser decisivas para o desfecho a bom termo da gestação (BRASIL, 2011).

Apesar da instituição do Programa há mais de doze anos, ainda sente-se a necessidade de pesquisas que estudem e discutam a atenção ao trabalho de parto em curso. Algumas pesquisas qualitativas sobre assistência obstétrica demonstram que a qualidade da assistência é um ponto crítico e ainda é necessário que haja constantemente uma discussão sobre esta questão (BRASIL, 2011).

Ao tratar das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considera-se como prioridades:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como a Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2011, p. 91).

Com a intenção de melhorar a assistência obstétrica, a área técnica de saúde da mulher, juntamente com a secretaria de assistência à saúde e secretaria executiva, formulou-se um plano com três etapas:

No primeiro momento, houve aumento da remuneração ao parto normal, instituiu-se um limite percentual para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998) e incluiu-se a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira (o) obstétrica (o). Na segunda etapa, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998), com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. A terceira etapa tratava especificamente da qualidade da atenção no pré-natal e ao parto, onde algumas questões apareciam como

fundamentais a serem debatidas: a qualidade da assistência, o acesso e a humanização da atenção (SERRUYA et al., 2013, p. 272).

Estas ações, referentes ao plano operacional do PHPN, tem como ponto inicial a necessidade de reduzir os índices de morbi-mortalidade materna e acentuar os resultados perinatais, dentro da perspectiva da humanização. Inclui-se também a ampliação do acesso ao pré-natal, a realização de procedimentos e ações fundamentais para esse acompanhamento, e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (ALENCAR, 2006; MORAES, 2005).

Aliada às estratégias citadas, conforme Serruya et al. (2013), para incentivar os municípios a participarem ativamente das implementações do PNPN introduziram-se novos recursos para o custeio da assistência humanizada, que são transferidos conforme ocorra o cumprimento dos critérios mínimos fundamentais na melhoria da qualidade da assistência. Os itens a serem cumpridos, são:

[...] realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; exames laboratoriais: (a) ABO-Rh, na primeira consulta; (b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (e) Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas (BRASIL, 2000, p. 79).

Mais recentemente, conforme Onias et al. (2013), com o objetivo de suprir as lacunas ainda deixadas pelo PHPN, o Ministério da Saúde associou e implantou a Rede Cegonha, que tem como meta possibilitar mais qualidade de vida as parturientes.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a rede cegonha inseriu mais 14 exames aos já definidos para o pré-natal, com destaques para o teste rápido de sífilis, teste rápido de HIV e ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes. Segundo dados do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha conta com quase R\$ 9,4 bilhões de reais para garantia da assistência segura e humanizada à mãe e ao bebê. O governo federal coordenará ações estratégicas que vão aumentar o acesso

e qualificar a atenção à saúde das mulheres e crianças. A Rede é composta por um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê (ONIAS et al., 2013, p. 04).

Essas novas estratégias devem viabilizar a qualificação da assistência materno-infantil. Os recursos destinados ao programa poderão ser revestidos em reestruturação, reforma e construção de maternidades, casas de parto normal e centros de atenção à gestante.

#### **2.4 A Assistência de Enfermagem no Trabalho de Parto e Parto Humanizado**

De acordo com Nagahama e Santiago (2005) há décadas, a excessiva intervenção médica no nascimento desencadeia sentimentos referentes à insegurança e instabilidade durante o trabalho de parto. O autor afirma que, no parto humanizado, a mulher pode exercer maior autonomia, e conseqüentemente uma postura mais compreensiva por parte dos profissionais que a cercam.

O cenário atual da saúde obstétrica dissipa a prática da humanização, assim sendo, é necessário que a enfermagem resgate valores até então adormecidos à visão da integralidade da pessoa humana. É necessário que estes profissionais revejam a sua prática de atuação no processo de cuidar (DAVIM; BEZERRA, 2002; RIBEIRO; FUREGATO, 2003).

Marque, Dias e Azevedo (2009), Beck et al. (2009) apoiam essa ideia quando declaram que:

Devem existir comprometimento e responsabilidade dos vários elementos da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro, pelo fato de permanecer 24 horas por dia junto da parturiente, na obtenção de verdadeira e eficaz relação de ajuda, em todos os momentos de trabalho de parto (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006, p. 14).

A participação da (o) profissional enfermeira (o), durante o trabalho de parto, decídua e nascimento, fornece, sem dúvida, satisfação à parturiente e a todos os membros envolvidos. As pesquisas de Sato (2001), Castro e Clapis (2005), Beck

et al. (2009), evidenciam que a humanização exige da (o) enfermeira (o) um olhar humanístico e a necessidade de compreensão dos outros indivíduos.

Na visão de Rugolo et al. (2004) a (o) enfermeira (o) deve estar a par da situação da parturiente, de maneira que possa entender e compreender e agir de acordo com o que for informado. Essa compreensão possibilita a escolha das práticas mais adequadas na resolução das questões que envolvem a paciente, assim como também os cuidados com o feto e logo em seguida, o recém-nascido.

Ao realizar a assistência e o cuidado de enfermagem, são supridas as necessidades de relações humanas que são insubstituíveis. O cuidado para ser diferenciado, requer do realizador a sensibilidade de expressão através de um olhar, do toque e do carinho a satisfação em estar prestando o cuidado. Vale ressaltar, que a parturiente prioriza como eficaz a assistência atenciosa e não aquela que se dedica a realização de procedimentos (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; RIBEIRO; FUREGATO, 2003; COSTA et al., 2009).

A realização desse cuidado humanizado exige essencialmente uma mudança de atitudes e comportamentos, é imprescindível que as (os) profissionais conciliem os conhecimentos técnicos e os aspectos efetivos. Mesmo diante de recursos tecnológicos cada vez mais aprimorados, as (os) profissionais de enfermagem não devem esquecer que a tecnologia não substitui o cuidado e a atenção humana, a humanização deve fazer parte da rotina da enfermagem (POTTER; PERRY, 2002; MOURA et al., 2007).

Esta assistência humanizada somente se dá quando há interação entre duas pessoas uma que precisa de ajuda e outra que proporciona. Essa interação leva muitos profissionais a refletirem sobre a qualidade dos seus serviços, considerando as necessidades da paciente e sua dependência em relação à assistência de enfermagem, e sendo visto dessa maneira, estimula o desempenho de um bom serviço, de amor e de humanidade. Já que, ser assistido é um dos principais direitos da (o) cidadão brasileira (o); o que significa que ela (e) deve ser reconhecida (o) como ser humano. Cabe à enfermagem, orientar e respeitar, executando o seu papel junto à clientela (LOURO, 2002; MOURA et al., 2007; BARRETO, 2008).

Nesta linha, a relação profissional de saúde-paciente na obstetrícia, geralmente faz com que as mulheres, sintam-se em condições desfavoráveis para fazer escolhas no momento do parto. É comum que tenham dificuldades em

participar de decisões técnicas evidenciadas pelos profissionais de saúde. Estas situações também podem ser amenizadas com a aplicação da humanização na assistência do parto e nascimento (ÁVILA; CORRÊA, 1999; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

Para reforçar a assistência de enfermagem humanizada no trabalho de parto e parto em 1996, a Organização Mundial de Saúde lançou as recomendações para a assistência ao parto, por intermédio de um guia prático que objetivou servir de referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. Apesar do foco principal do documento ser as gestantes de baixo risco, a OMS relembra que, “como o trabalho de parto e o parto de muitas gestantes de alto risco tem um curso normal, várias recomendações também se aplicam à assistência dessas mulheres” (LOURO, 2002; MORAES, 2005; BRASIL, 2011).

Conhecido como Recomendações da OMS, o documento baseado nas teorias científicas de Mulrow (1987) classifica as rotinas do parto em quatro categorias. Inicialmente, encontram-se as práticas que devem ser estimuladas, em razão dos seus benefícios e respeito à parturiente; em seguida, estão aquelas que devem ser excluídas, pelo seu aspecto danoso ou ineficaz; na terceira, percebem-se as condutas com poucas evidências científicas que precisam ser usadas com precaução; e por fim, os procedimentos utilizados rotineiramente, porém, de maneira irregular (BRASIL, 2010).

Estas categorias são descritas a seguir. Categoria A: Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas:

- a) 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, à sua família.
- b) Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde, no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e ao longo deste último.
- c) Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto, no parto e ao término do processo do nascimento.
- d) Oferecer líquidos orais durante o trabalho de parto e parto.
- e) Respeitar a escolha informada pelas mulheres do local do nascimento.
- f) Prever cuidados durante o trabalho de parto e no parto, onde o nascimento será possivelmente realizado, com segurança e confiança para a mulher.
- g) Respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto.
- h) Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- i) Respeitar a escolha de companhia durante o trabalho de parto e parto.

- j) Oferecer às mulheres informação e explicações sobre o que elas desejarem.
- k) Não utilizar métodos invasivos, nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
- l) Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente.
- m) Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.
- n) Usar luvas no exame vaginal durante o nascimento do bebê, e na dequitação da placenta.
- o) Dar liberdade na seleção da posição e movimento durante o trabalho do parto.
- p) Encorajar posição não supina no parto.
- q) Monitorar, cuidadosamente, o progresso do trabalho do parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS.
- r) Utilizar ocitocina profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue.
- s) Condições estéreis ao cortar o cordão.
- t) Prevenir hipotermia do bebê.
- u) Realizar, precocemente, contato pele a pele entre mãe e filho, dando apoio na iniciação do aleitamento materno dentro da primeira hora após o parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
- v) Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares (BRASIL, 2010, p. 70).

A categoria B: Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas:

- a) Uso rotineiro de enema.
- b) Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.
- c) Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
- d) Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
- e) Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
- f) Exame retal.
- g) Uso de pelvimetria radiográfica.
- h) Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto, de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.
- i) Uso rotineiro de posição de litotomia com ou sem estribos durante o parto.
- j) Contínuo uso de puxos dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- k) Massagens ou estiramento do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- l) Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto para prevenir ou controlar hemorragias.
- m) Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
- n) Lavagem rotineira do útero depois do parto.
- o) Revisão rotineira (exploração manual) do útero após o parto (BRASIL, 2010, p. 70)

Categoria C: Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto:

- a) Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
- b) Uso rotineiro de amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto.
- c) Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto.
- d) Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto.
- e) Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
- f) Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
- g) Clampeamento precoce do cordão umbilical.
- h) Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do trabalho de parto (BRASIL, 2010, p.71).

Ainda na categoria D: Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas:

- a) Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
- b) Controle da dor por agente sistêmico.
- c) Controle da dor por analgesia peridural.
- d) Monitorização fetal eletrônica.
- e) Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
- f) Exames vaginais frequentes e repetidos, especialmente por mais de um prestador de serviços.
- g) Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
- h) Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
- i) Cateterização da bexiga.
- j) Encorajamento à mulher para realizar puxos, quando a dilatação ainda que completa ou quase completa do colo for diagnosticada, antes que a mulher sinta o desejo para puxar.
- k) 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 progressão do trabalho de parto.
- l) Parto operatório.
- m) Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
- n) Exploração manual do útero após o parto (BRASIL, 2010, p. 72).

Levando em consideração a inclusão de algumas condutas como rotina no parto, precaução e exclusão de outras, a (o) enfermeira (o) que assiste a mulher e seus familiares durante o trabalho de parto, além de capacidade técnica, precisa estar ciente da disponibilidade e presença a ser dedicada durante os momentos do nascimento (LOURO, 2002; MORAIS, 2010).

Dessa forma a enfermagem representa o elo entre a parturiente e o ambiente em que os cerca. Essa equipe passa a maior parte do tempo próxima ao paciente, assim, é responsável pelo bem-estar, orientação, apoio e palavras de conforto dirigidas às mulheres durante o trabalho de parto e parto (MOREIRA et al., 2006; MOURA et al., 2007).

A área materno-infantil exige uma assistência de enfermagem de fato humanizada. Assim, a mulher terá garantia de acesso ao pré-natal, propiciando uma gravidez mais segura e saudável, respaldada com as orientações adequadas, como o tipo de parto, o profissional que lhe assistirá, o acompanhante, a posição de parir, entre outras, respeitando sempre a participação da família durante o processo. Tudo isso será reflexo de um trabalho de parto e parto sem intercorrências diagnosticáveis com antecedência (MOREIRA et al., 2006; PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Diante de todas essas colocações, nota-se que a assistência de enfermagem humanizada no trabalho de parto e parto requer esforços para se tornar diferenciada e personalizada; o que já acontece em alguns hospitais e maternidades. Quando as habilidades técnicas e o conhecimento científico não forem mais vistos como um cuidar mecânico e sim meios modernos utilizados para um cuidar preciso, agregado a dedicação e respeito ao ser humano quase todas as maternidades estarão prestando esse cuidado humanizado (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Dentro dessa dinâmica de assistência ao trabalho de parto, a sala de pré-parto se faz um ambiente ideal. O trabalho de parto corresponde aos momentos que antecedem o parto e acontece em um ambiente instituído na maternidade de acordo com a regularização do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Segundo este programa, a sala de pré-parto destina-se ao preparo da gestante para o parto, abrange a adoção de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como finalidade oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto como processo fisiológico, sentindo-se protagonista do processo (BRASIL, 2000).

A sala de pré-parto ou quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto) destina-se ao acompanhamento e realização do trabalho de parto, parto e observação da mulher e seu recém-nascido na primeira hora de vida; possibilita ainda humanizar o atendimento ao parto resgatando o vínculo mãe-filho com a presença de

acompanhante, com vista a reduzir o risco à saúde e melhorar o bem-estar de quem utiliza a atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2008).

O ambiente do Pré-parto, presente na maternidade, deve contar com uma estrutura física que permita a execução de determinadas técnicas, tais como massagens, banhos, incentivo à deambulação e outros que promovam o conforto da gestante e uma boa evolução do parto, bem como, a presença de um acompanhante que ofereça apoio, tranquilidade e segurança (BRASIL, 2011).

Louro (2002) afirma que na sala de Pré-parto a (o) enfermeira (o) e sua equipe são responsáveis por aferirem a temperatura, pressão arterial, batimentos cardíacos da mãe e do feto periodicamente, checagem do tipo sanguíneo materno, proceder higiene corporal, análise do partograma, observação da bolsa d'água e dilatação do colo do útero com exame do toque vaginal, administração de analgésicos, instalação de acesso venoso para hidratação e administração de medicamentos, caso a mãe precise durante o parto.

Sendo assim, a (o) enfermeira (o) deve ser a (o) profissional responsável pelo acompanhamento da evolução do trabalho de parto, desde a admissão da gestante na sala de pré-parto até o momento em que a mesma é encaminhada para a sala de parto, nesse intervalo ele deve aferir e acompanhar os sinais vitais da gestante, avaliar os batimentos cardíacos do feto, realizar técnicas de alívio das dores e tensão da mãe e ficar atenta (o) a quaisquer mudanças no quadro clínico das parturientes (BECK et al., 2009).

## **3 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **3.1 Abordagem e Tipo de Estudo**

Para identificar a percepção da parturiente sobre a assistência de enfermagem recebida na sala de pré-parto atrelada a aspectos das políticas públicas de humanização do nascimento no município de Imperatriz do Maranhão foi desenvolvido um estudo exploratório e analítico, com abordagem qualitativa por meio de entrevistas por saturação de informações, com abordagem aleatória das pacientes que tiveram seus partos realizados no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, tendo permanência na sala de pré-parto.

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa tem a preocupação em analisar a realidade que não pode ser quantificada e por isso direciona a compreensão ao universo dos significados, ações e atitudes, crenças e valores, relações humanas e seus fenômenos, que não se enquadram como elementos do pensamento positivista, em suas equações, medidas e regras estatísticas, mas vai além, possibilitando a construção de novos conhecimentos.

Este tipo de estudo, para Stake (2000) possibilita aprofundar um ou poucos casos (uma pessoa, um grupo, uma comunidade). A preocupação central desse tipo de pesquisa é a compreensão do caso, que pode ser simples ou complexo, individual ou coletivo, pois constitui uma reprodução singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada (LAVILLE; DIONNE, 1999; STAKE, 2000).

### **3.2 Participantes do Estudo**

O estudo buscou como participantes mulheres que tiveram o parto realizado no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, tendo permanência na sala de pré-parto. A seleção das mulheres foi feita a partir da abordagem primária, para reconhecimento. Assim, foram incluídas no estudo todas as mulheres com idade superior a 18 anos; estavam no período do puerpério imediato, independentemente do número de paridade; residiam no município de Imperatriz do Maranhão; tinham realizado o parto no centro obstétrico do Hospital

Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA; tiveram permanência mínima de sessenta minutos na sala de pré-parto e consentiram em participar do estudo mediante informação, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE, elaborado segundo as diretrizes da Resolução/CNS 466/12 (APÊNDICE A).

Foram excluídas do estudo todas as mulheres com a idade inferior a 18 anos; não estavam no período de puerpério imediato; não residiam no município de Imperatriz-MA; não tinham realizado o parto no centro obstétrico do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA; tiveram permanência na sala de pré-parto menos que 60 minutos; não consentiram em participar da pesquisa e/ou não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas por saturação de informações, resultando num total de 09 (oito) participantes que experienciaram a assistência de enfermagem no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA. A pesquisa foi realizada em Dezembro de 2012.

### **3.3 Cenário do Estudo**

O estudo foi desenvolvido no município de Imperatriz-MA. Imperatriz é um município brasileiro do estado do Maranhão, sendo sua segunda cidade mais populosa, com 247.553 habitantes e área de 1.367,901 km<sup>2</sup>, dos quais 15,480 km<sup>2</sup> estão em zona urbana (IBGE, 2010). Sede da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense (figura 01), a cidade se estende pela margem direita do rio Tocantins, e é atravessada pela Rodovia Belém-Brasília.



**Figura 01:** Cidade de Imperatriz. Estado do Maranhão.

Fonte: <http://www.eln.gov.br/opencms/opencms/pilares/transmissao/estados/tocantins/>

A fundação da cidade de Imperatriz ocorreu em 16 de julho de 1852, com a chegada do Frei Manuel Procópio do Coração de Maria. Ele saiu de Belém como capelão de uma expedição em 26 de junho de 1849, três anos depois chegou ao povoado, que recebeu inicialmente o nome oficial de Povoação de Santa Teresa do Tocantins (ENCICLOPÉDIA DE IMPERATRIZ, 2009).

Atualmente Imperatriz é um dos maiores centros comercial, energético e econômico do estado do Maranhão, com a segunda posição em número de habitantes, economia, política e cultura. Tem o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do Maranhão e 217<sup>o</sup> do Brasil com PIB de R\$ 2.000.735,00 milhões. Tudo isso em decorrência do seu posicionamento estratégico. Imperatriz está num cruzamento entre a soja de Balsas, no sul do Maranhão, a extração de madeira na fronteira com o Pará, a siderurgia em Açailândia e a agricultura familiar no resto do estado. A cidade abriga ainda a construção da maior fábrica da Suzano Papel e Celulose (ENCICLOPÉDIA DE IMPERATRIZ, 2009).

A cidade assume uma postura de capital local, abastecendo em todos os sentidos, desde alimentação à saúde, o sul do Maranhão, norte do Tocantins e leste do Pará. Para isso, conta com a Rodovia BR-010 (Belém-Brasília), o Rio Tocantins,

a Ferrovia Norte-Sul e a Estrada de Ferro Carajás para dar suporte logístico (ENCICLOPÉDIA DE IMPERATRIZ, 2009).

No contexto da saúde, a cidade é referência na região sul do Maranhão, assistindo pacientes pertencentes a 28 municípios circunvizinhos, distribuídos entre o estado do Maranhão, Pará e Tocantins. A rede de saúde primária conta com 42 unidades básicas de saúde e casas de apoio a pacientes de hanseníase, câncer e a mulheres vítimas de violência; centros de referência em saúde bucal, centro de especialidades e centros de atenção psicossocial (CAPS) no atendimento secundário e no terciário 01 unidade de pronto atendimento (UPA), 02 Hospitais Municipais de Urgência sendo um para adultos e o outro infantil, 01 Maternidade pública, 01 Maternidade privada e 04 Hospitais privados.

A presente pesquisa foi realizada com pacientes do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA (figura 02), que segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet), Secretaria de Atenção à Saúde – DataSus, possui CNPJ: 02973240003202, está situado na Rua Coriolano Milhomem, nº 42, Centro, Imperatriz-MA. Justifica-se esta escolha pelo fato deste centro hospitalar ser referência em toda região no atendimento à maternidade, assistindo pacientes classificadas em baixo, médio e alto risco.



**Figura 02:** Fachada do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA

**Fonte:** <http://www.panoramio.com/user/1332297/IMPERATRIZ%20MARANH%C3%83O%20BRASIL>

### **3.4 Instrumento de Coleta de Dados**

Para alcance dos objetivos e das fontes do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: roteiro de entrevista e observações do diário de campo. De acordo com Severino (2007), a entrevista como recurso metodológico, permite ao pesquisador aprofundamento no estudo, visto trabalhar o contato direto com o público pesquisado, absorvendo as reações a serem analisadas; o tom de voz no momento das respostas e a desenvoltura na informação.

Para a coleta de informações com o público pesquisado foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado que foi composto por abordagens subdivididas em dois momentos, no primeiro momento buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico da mulher entrevistada e em seguida, observando aspectos relacionados à percepção da assistência de enfermagem na sala de pré-parto tempo que passou no pré-parto; o atendimento que recebeu no pré-parto; assistência de enfermagem, o atendimento da (o) enfermeira (o) e o espaço em que estava no momento do parto (APÊNDICE B).

Todos os depoimentos obtidos tiveram seu teor inteiramente gravado em áudio, com a devida autorização das participantes como forma de garantir a integralidade do conteúdo original das entrevistas.

Os depoimentos possibilitaram identificar a percepção das entrevistadas sobre a assistência de enfermagem prestada na sala de pré-parto, incluindo a realização de procedimentos e a intrínseca humanização.

### **3.5 Trabalho de Campo**

Para que as participantes da pesquisa relatassem as suas percepções quanto à assistência de enfermagem no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA foi necessário traçar estratégias que possibilitassem o acesso e a aproximação das mesmas.

Primeiramente foi realizado um contato com a coordenação de educação permanente do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação de autorização para

desenvolvimento do estudo, mediante assinatura da declaração de instituição coparticipante pela coordenadora. Este contato foi imprescindível para a inserção da pesquisadora no cenário em estudo (pré-parto) e abordagem das mulheres.

No segundo momento, ocorreu a coleta de dados no diário de campo por meio de observações diretas no pré-parto, a fim de conhecer a assistência de enfermagem prestada às parturientes, caracterizar a estrutura física, organizacional e profissional do setor, além de analisar a assistência e os procedimentos realizados dentro do pré-parto à luz do PHPN.

As observações diretas foram essenciais para possibilitar o contato da pesquisadora com a realidade em estudo e favoreceu a aproximação das mulheres envolvidas no contexto. Esta técnica também possibilitou o confronto com a realidade, permitindo a descoberta de fatos novos, contradições e confirmações das descrições das participantes sobre a assistência de enfermagem prestada no pré-parto.

A observação, como técnica de coleta de dados empíricos na pesquisa qualitativa é discutida por vários autores, entre os quais estão Haguete (2005), Minayo (2010) e Triviños (1998). Como forma de captar a realidade empírica, é considerada por Goode e Halt (1979), como a mais antiga e ao mesmo tempo a mais moderna das técnicas de pesquisa. Para que se torne válida e fidedigna, requer planejamento em relação ao que observar e como observar.

Uma das vantagens da utilização dessa técnica é a possibilidade de um contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação, permitindo acompanhar as experiências diárias dos sujeitos e aprender o significado que atribuem à realidade e às suas ações (MINAYO, 2010).

Os dados obtidos com a observação foram registrados em um diário de campo, com o objetivo de contribuir para a análise das informações, neste também foram registrados detalhes importantes após cada entrevista realizada.

Em um terceiro momento foi realizada a abordagem primária junto às participantes, ainda na maternidade após o recebimento da alta hospitalar, para critérios de seleção, apresentação, convite para participação da pesquisa e esclarecimentos sobre o tema e objetivo da pesquisa, após concordarem em participar foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foi feito o agendamento da visita em domicílio ou outro local escolhido pela entrevistada

nos primeiros cinco dias após a alta hospitalar, sendo que a escolha do dia e horário foi a critério da entrevistada.

No quarto e último momento de abordagem, foram utilizados os roteiros de entrevistas semiestruturadas de forma individual e particular, sendo garantidos a privacidade e bem-estar das participantes da pesquisa.

As entrevistas tiveram o objetivo de apreender as percepções atribuídas pelas usuárias à assistência de enfermagem vivenciada no pré-parto da maternidade, atentando para fatos que dificilmente seriam encontrados diretamente, tais como: sentimentos, pensamentos e emoções.

Cada entrevista teve uma duração aproximadamente de 20 minutos; elas foram gravadas em áudio por um gravador de voz com a autorização das participantes e posteriormente, transcritas na íntegra.

### **3.6 Análise dos dados**

Os dados foram interpretados tendo como referência os fundamentos da análise de conteúdo, com redução e organização dos dados, seguido da identificação dos “núcleos de sentidos” inseridos em uma comunicação e, cujas presenças ou frequências de aparição puderam representar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 2010).

A experiência das participantes não pode ser entendida sem considerar o contexto sociocultural. O núcleo temático comporta um significado, ou tipo de significado, e pode se referir aos contextos, atividades, relações entre pessoas, comportamentos, opiniões, dentre outros (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUSS; CORBIN, 1998).

Finalizando, foi realizada a sistematização dos dados, para uma interpretação dos resultados, construída a partir da narrativa das participantes, do referencial teórico, das percepções e reflexões da pesquisadora. Cabe destacar que para o registro do discurso das participantes foi respeitada a forma original e usual de expressão na entrevista. A partir de então, houve a descrição detalhada do reconhecimento dos dados e explicitação dos recursos teóricos que orientaram as interpretações dos três núcleos temáticos “pré-parto: lugar marcante”, “acolhimento”, “O cuidado”, dos quais surgiram respectivamente as unidades de significado

“emoções conflituosas”, “espaço físico X postura profissional”, “assistência de enfermagem, caracterização da figura da (o) enfermeira (o), aplicabilidade do PHPN na assistência de enfermagem”. Neste caso, a ferramenta principal é a comparação, que permite destacar as semelhanças e diferenças e, assim, obter conclusões que devem ser contrastadas e contextualizadas com outros estudos (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUSS; CORBIN, 1998).

### **3.7 Considerações Éticas**

Este estudo obedeceu aos preceitos da Resolução/CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. De início, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, após aprovação sob o parecer consubstanciado com número de protocolo 166869 (ANEXO A), iniciou-se então a pesquisa (BRASIL, 1996).

Foram solicitadas às participantes que concordaram em participar da pesquisa a assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução/CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, conforme Brasil (1996). Assim, também foram assegurados de privacidade e confidencialidade, proteção de imagem, a garantia da não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidade.

A pesquisadora informou às participantes que suas participações seriam voluntárias e gratuitas, bem como, a possibilidade da retirada de seu consentimento, em qualquer momento que desejassem sem prejuízo à continuidade do seu acompanhamento na instituição em que estavam vinculadas, conforme preconizam os dispositivos da Resolução/CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Os possíveis riscos relacionados a esse estudo estavam associados à possibilidade de desconforto, reações emocionais e/ou constrangimento por parte das parturientes com a realização das entrevistas, devido à indução a um processo de introspecção aos momentos vividos antes do parto, sendo estas asseguradas do encaminhamento gratuito ao serviço de psicologia clínica do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, caso necessário. No decorrer do estudo e na

efetivação da pesquisa não foram evidenciados outros riscos relacionados com a participação das mulheres.

No processo de análise dos dados para a apresentação final as participantes foram identificadas por pseudônimos referentes a nomes de mulheres citados na Bíblia (Ester, Sarah, Marta, Agar, Maria, Quetura, Ada, Rebeca, Eva) no intuito de preservar a sua identidade pessoal e o conteúdo das informações sobre sua vivência. Vale ressaltar ainda, que a linguagem e a forma como as participantes expressaram seus discursos foram mantidas, a fim de preservar a autenticidade dos relatos.

Como a temática abordada é voltada para eventos ocorridos no âmbito da saúde da mulher, além da maior parte das (os) profissionais atuantes no local de pesquisa serem do gênero feminino, optou-se durante todo o texto identificar as (os) profissionais sendo como do gênero feminino, seguido da sigla que remete-se ao gênero masculino.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Identificação das Participantes

As mulheres participantes da pesquisa tinham idade média de 24 anos, variando entre 19 a 33 anos. O estado civil com predominância da união estável, com variação entre casada e solteira. A escolaridade das participantes da pesquisa foi em maior incidência o ensino médio. O tipo de parto mais comum foi o parto vaginal. E quanto ao tempo de permanência na sala de pré-parto, foi em média de 07 horas, alternando entre 02 e 12 horas.

Sobre a fecundidade das mulheres brasileiras, vale ressaltar que o padrão sofreu alterações entre 2000 e 2010. A tendência observada até então era de rejuvenescimento, isto é, uma maior concentração dos níveis de fecundidade nas idades mais jovens. Em 2010, ocorreu uma mudança, os grupos de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos de idade que concentravam 18,8% e 29,3% da fecundidade total em 2000, passaram a 17,7% e 27,0% em 2010. Para os grupos de idade acima de 30 anos, observa-se um aumento de participação, de 27,6% em 2000 para 31,3% em 2010 (IBGE, 2010, p. 2).

Nota-se que com o passar dos anos a participação das mulheres com maior idade nas taxas de fecundidade tem crescido. Historicamente, no Brasil, assim como em grande parte do mundo, existem mulheres que engravidam tardiamente. No entanto, a partir das últimas décadas do Século XX, pôde-se observar um número crescente de mulheres que engravidam com mais de 35 anos de acordo com Gravena et al. (2012). Este fenômeno demográfico tem sido atribuído, frequentemente, ao aumento no número de mulheres que se ocupam com o mercado de trabalho, indicando que a atividade produtiva fora de casa pode ser tão importante para elas quanto à gravidez e o cuidado com os filhos (GRAVENA et al., 2012).

Constantemente as mulheres, em todos os níveis socioeconômicos, assumem o papel de chefes de família ou têm a responsabilidade na complementação da renda familiar, o que acaba por propiciar o adiamento da reprodução feminina. Aliados a essa mudança no quadro cultural, existem fatores que se relacionam ao aumento da população de mulheres que procuram uma gravidez mais tardia como a melhor situação econômica das famílias e a

possibilidade de obterem suporte para a ausência materna do lar (SANTOS, G. et al., 2009).

Quanto ao estado civil, cinco mulheres viviam em união estável, seguidas de três casadas e uma solteira. Segundo Ceconello (2003) a convivência das parturientes com os pais de seus filhos torna-se um fator de proteção, que reflete positivamente no trabalho de parto e no parto.

Quanto à escolaridade, observa-se maior destaque para o ensino médio. Segundo Mello e Lima (2002) a escolaridade da gestante torna-se um fator importante, pois fornece informações de como conduzir as orientações tanto na atenção pré, quanto na trans e pós-natal. Neste caso, é relevante conhecer este dado, para uma melhor compreensão da percepção das participantes da pesquisa, observando que para La Taille (2006) os julgamentos estão diretamente relacionados com a capacidade intelectual, social e cultural de julgar, fornecer sentido a algo.

Dessa forma, os dados obtidos como idade, escolaridade e estado civil, demonstram que as parturientes possuem condições intelectuais apropriadas para o recebimento de orientações e instruções, capacitando-as também para perceberem e relatarem a assistência de enfermagem recebida no pré-parto da maternidade.

Em relação ao tipo de parto, observou-se o parto vaginal em destaque. Pode-se justificar essa incidência pelo fato da Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, nos últimos anos proporem mudanças na assistência, divulgando a autonomia da parturiente com o resgate do parto natural. As (os) profissionais da saúde também têm sido estimuladas (os) quanto à prática da assistência humanizada, principalmente, no Sistema Único de Saúde.

Também é importante notar, que o parto vaginal demanda um complexo sistema de assistência, que vai desde o início do trabalho de parto até o nascimento, fazendo com que o profissional de saúde, geralmente a (o) enfermeira (o), tenha que acompanhar a paciente durante longas horas. Enquanto que a cirurgia cesariana exige o apoio assistencial e técnico durante os momentos do procedimento cirúrgico.

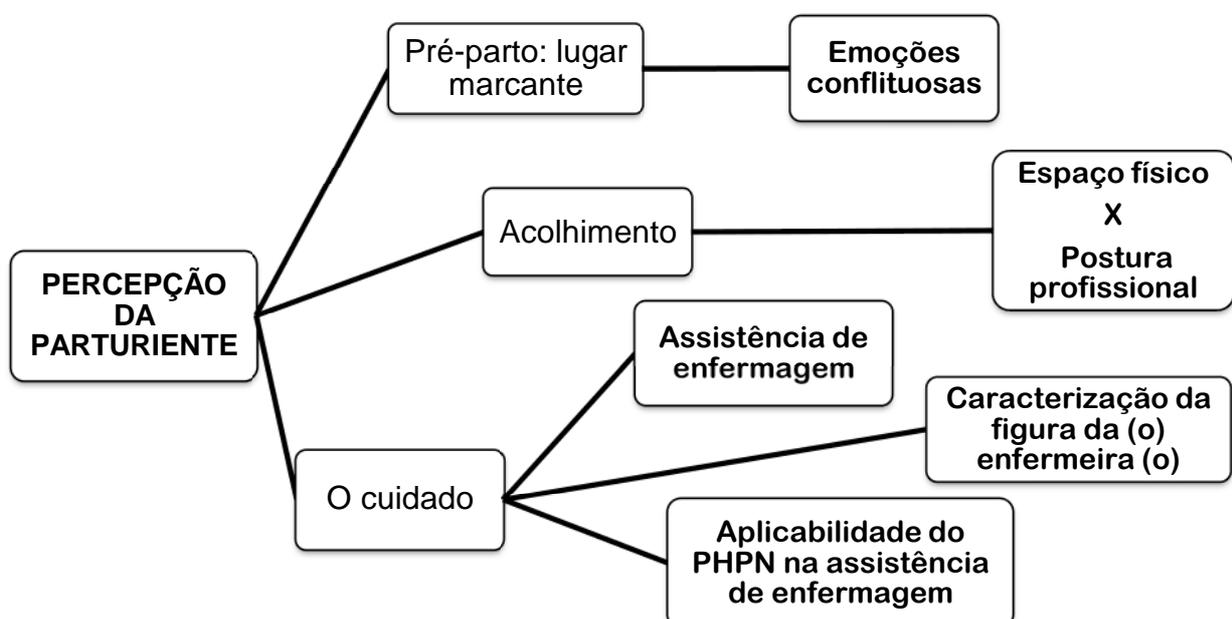
Aliado a isso, verifica-se que no estudo de Domingues, Santos e Leal (2004) foram encontradas a satisfação com o parto vaginal, a preferência ou vantagens associadas a esse tipo de parto, sendo descrito como: pouco sofrimento, rápida recuperação, menos cuidados intensivos, sentimento reduzido de dor após o parto, a possibilidade do retorno às atividades diárias e alta hospitalar brevemente.

Outras mulheres, em Porto Alegre, declararam que este tipo de parto não tem nenhuma desvantagem, destacaram a qualidade da relação com o bebê, o estar junto com a criança e a emoção do primeiro encontro com o filho (LOPES et al., 2009, p. 8)

Sobre o tempo de permanência na sala de pré-parto, está diretamente relacionado com o tempo do trabalho de parto, que passa por constantes alternâncias. O tempo no pré-parto corresponde ao tempo de trabalho de parto. É importante ressaltar que muitas mulheres são admitidas na maternidade já com esvaecimento e dilatação do colo uterino, caracterizando trabalho de parto em andamento. Segundo a literatura o trabalho de parto pode ter variações entre 12 a 24 horas na primípara e menos tempo nas múltiparas (POTTER; PERRY, 2002).

#### 4.2 A Percepção da Parturiente Quanto à Assistência de Enfermagem no Pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA

Do processo de análise temática de conteúdo foi possível sistematizar a percepção das parturientes quanto à assistência de enfermagem no pré-parto, identificando três núcleos temáticos “pré-parto: lugar marcante”, “acolhimento”, “O cuidado”, dos quais surgiram respectivamente as unidades de significado “emoções conflituosas”, “espaço físico X postura profissional”, “assistência de enfermagem, caracterização da figura da (o) enfermeira (o), aplicabilidade do PHPN na assistência de enfermagem” (Figura 03).



**Figura 03:** Representação dos núcleos temáticos e unidades de significados relacionados a percepção da parturiente quanto a assistência de enfermagem no pré-parto. Imperatriz, 2013.

#### 4.2.1 Pré-parto: Lugar Marcante

Juntamente com o núcleo temático “pré-parto: lugar marcante” foi agrupado a unidade “emoções conflituosas”. De acordo com o relato das participantes percebe-se que a sala de pré-parto é o lugar mais marcante da maternidade quando comparada a outros setores como a sala de parto e/ou enfermaria. Essa atribuição de memorização é demonstrada através de relatos que a caracterizam como inesquecível e marcante, em decorrência das emoções vivenciadas nesse local. A quase totalidade das participantes referiram-se a sentimentos como: medo, abandono, dor, irritação, dúvidas, raiva, tristeza, alegria, esperança e exaustão.

Apesar de o nascimento ocorrer em apenas um dia na vida da mulher, essa experiência pode provocar uma das mais profundas mudanças em sua vida, sendo a resposta a esse processo determinada por dois fatores situados em suas experiências anteriores de vida e no suporte emocional que recebem nesse momento (RUGOLO et al., 2004).

[...] essa sala foi onde eu fiquei menos tempo, mas foi a pior de todas. Não via a hora desse menino nascer, demorava, demorava, e eu com dor, muita dor [...]. (ESTER)

[...] foi tudo tão rápido que nem percebi, quando me dei conta já estava naquela sala, e fiquei muito tempo lá, nem me lembro quanto tempo no total, sei que foi muitas horas [...]. (SARAH)

[...] não dá pra esquecer, vai ficar marcado a raiva que passei com aquele povo [...]. (MARTA)

[...] a gente só sabe da dor quando tá lá parindo, muita gente me falou, mas eu não pensei que ia doer assim. Tava ansiosa pra ganhar logo. Tava toda desconcertada, chorava chorava, depois passava ai eu aproveitava pra conversar um pouquinho, depois botava força e dor, até que nasceu [...]. (AGAR)

Os sentimentos ali experienciados vão aos extremos, gerando emoções conflituosas vividas por longos momentos, e capazes de determinarem boa parte

das memórias do trabalho de parto. Lembrando que a sala de pré-parto é o local para acompanhamento do trabalho de parto, levando-a a ser o anfitrião dessas cargas sentimentais.

[...] ah eu sei sim, lembro direitinho, foi horrível, senti muita dor, eu só conseguia me acalmar quando lembrava que o meu bebê já estava perto de nascer, fora isso, foi muito ruim [...]. (MARIA)

[...] nossa, doeu demais [...]. (QUETURA)

[...] não sei, foi ruim, mais deu pra aguentar, não do jeito que o povo fala também não [...]. (ADA)

Pode-se perceber esta mesma realidade segundo Domingues, Santos e Leal (2004) quando afirmam que os sentimentos das gestantes em relação ao trabalho de parto variam. Uma poderá vê-lo como um evento bem vindo, que dará fim a um longo período de espera por uma criança muito querida; outra o considera como um teste de resistência; enquanto uma terceira poderá percebê-lo como momentos de sofrimento.

Difícilmente uma gestante é indiferente ao trabalho de parto. Em geral elas têm sentimentos únicos relacionados com esse momento que se estende a sala de pré-parto, por ser o ambiente que abriga esses momentos. Essas emoções podem ser acentuadas ou amenizadas de acordo com as situações presenciadas e vividas nesta sala.

[...] foi tudo bom, o melhor de tudo foi ter meu filho nos braços [...]. (REBECA)

[...] fiquei bastante no pré-parto, pense, cheguei no começo da noite e só sai de lá no outro dia de tarde [...] quanto mais o tempo passava, mais medo eu ficava, não via a hora de ganhar logo, pelo menos quando nasceu foi tudo bem, minha filha tem saúde e é linda [...]. (EVA)

No estudo de Lopes et al. (2009) realizado no alojamento conjunto da maternidade de um hospital de ensino do Rio Grande do Sul - Brasil, constatou-se que a internação gera ansiedade, pois o parto aparece como um fato concreto a ser

vivenciado. Surgem alguns temores, relacionados as possibilidades de anomalias congênitas, a qualidade da assistência que irá receber, a situação de morte e complicações e também com os filhos menores, quando os têm.

As preocupações relacionadas ao trabalho de parto são comuns à quase todas as gestantes. Existe a preocupação de que algo possa estar errado com o bebê, medo de ele nascer morto e preocupações com si mesmo. Poderá também, angustiar-se pelas dores do trabalho de parto e, até mesmo, medo da sua morte enquanto dá a luz (RUGOLO et al., 2004).

Esse drama é relatado de forma poetizada por Lopes et al. (2009, p. 487), “quem pare perde parte de si, fica dividida. Partida, parida [...] Perde o corpo de grávida com seu ventre fálico, perde o filho imaginário e ganha um filho real. Como será essa confrontação?” O feto não faz mais parte dela, agora deverá ser partilhado. Nasce um filho, mas também um ser humano, que futuramente possivelmente será um pai ou uma mãe.

Como se observa esses sentimentos conflituosos em relação aos momentos vividos no pré-parto são comuns e imprescindíveis. Quanto à dor não percebida como sofrimento é originada das contrações uterinas, as quais são essenciais para a evolução do trabalho de parto.

#### 4.2.2 Acolhimento

O núcleo temático “acolhimento” é representado pela unidade “espaço físico X postura profissional”. Para uma melhor compreensão da realidade ali experienciada pelos sujeitos participantes da pesquisa e conclusão de um dos objetivos desta pesquisa, logo se pode observar a caracterização da estrutura física, organizacional e profissional do pré-parto. Dados estes, obtidos no período de observação.

##### *4.2.2.1 Caracterização da Estrutura Física, Organizacional e Profissional do Pré-parto*

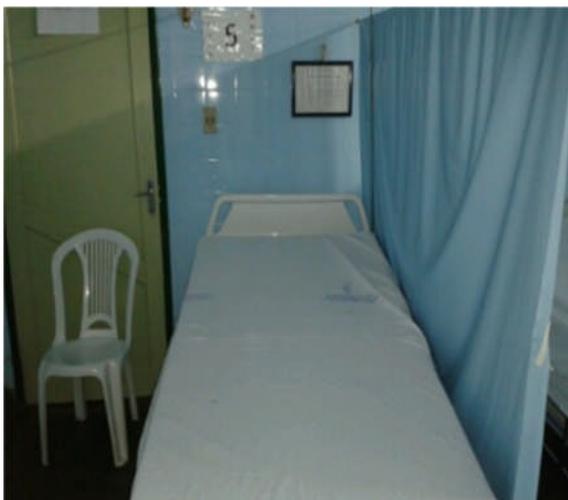
No Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA o centro obstétrico é composto por duas salas de pré-parto, divididas entre si por um corredor. A

primeira com uma metragem aproximada de 10m x 5m, totalizando 150m<sup>2</sup>. Esta sala possui cinco leitos onde ficam as gestantes em trabalho de parto. Cada leito conta com colchão, biombo, suporte móvel para soro, recipiente para depósito de lixo e uma cadeira ao lado do leito destinada ao acompanhante. Existem ainda dois banheiros com vaso sanitário, pia, chuveiro com água morna e suporte fixo para soro.



**Figura 04:** Corredor que divide as duas salas de pré-parto

**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.



**Figura 05: Pré-parto 01.** Leito identificado, biombo e cadeira para acompanhante.

**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.



**Figura 06: Pré-parto 01.** Banheiro

**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.

Em outro espaço, encontra-se uma mesa e um armário, que são reservados para o armazenamento de materiais e equipamentos, os quais são: sonar *doppler*, estetoscópio, esfignomanômetro, equipo de soro, multivias, seringas de 3, 5, 10 e 20 ml, agulhas 25un x 7,0un, gelco 18u, sondas vesicais, gel, luvas de procedimento e estéreis, cuba rim, papel toalha, comadres, algodão, absorventes, rompedor estéril de membrana amniótica, pacote estéril com material para sondagem, pranchetas, gazes, álcool, esparadrapo, soro fisiológico, soro glicosado, soro glicofisiológico, água destilada, glicose. Dentre os medicamentos disponíveis estão incluídos: ergotramina, orastina, buscopan, cefalozina sódica, metildopa, metoclopramida, sulfato de magnésio, sulfato ferroso, hidralazina, ocitocina, gluconato de cálcio e dipirona.



**Figura 07: Pré-parto 01.** Armário de medicamentos, materiais e equipamentos  
**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.

Existe também um pequeno espaço reservado para uma armação de ferro suspensa, que serve como suporte para duas bolas suíças para atividades de alongamento, na parte inferior, encontra-se barras em degraus fixadas na parede. Esses recursos podem ser utilizados na realização de técnicas de alívio não farmacológico da dor.



**Figura 08: Pré-parto 01.** Materiais utilizados no método não farmacológicos para alívio da dor  
**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.

Resultante deste espaço, a sala possui um corredor com oito lâmpadas, um ventilador, duas centrais de ar, três janelas, suporte fixo para soro, suporte para oxigênio, suporte para álcool gel, suporte para descartex, identificação dos leitos na parede e um relógio de parede.



**Figura 09: Pré-parto 01.** Parte interna – janelas, depósito de lixo e saída de O<sub>2</sub>  
**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.



**Figura 10: Pré-parto 02.** Porta de entrada da sala do pré-parto  
**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.

A segunda sala do centro obstétrico é destinada às pacientes que irão passar por procedimentos cirúrgicos como curetagem e reparação de parto, é

composta de quatro leitos. Aproximadamente, a sala mede 8m x 7m, totalizando 56m<sup>2</sup>. O leito é constituído de colchão, suporte para soro e recipiente para lixo.



**Figura 11: Pré-parto 02.** Leito identificado. Janela.  
**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.



**Figura 12: Pré-parto 02.** Armário de medicamentos, materiais e equipamentos  
**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.

Os materiais e equipamentos encontram-se dispostos em uma bancada ao lado de uma pia, estes recursos materiais são praticamente os mesmos existentes na primeira sala, mas com a adição de degermante, soro ringer lactato, seringa de 30un x 8,0un, gelcos 16un e 20un.



**Figura 13: Pré-parto 02.** Pia, televisão, janela.  
**Fonte:** SILVA, Paula. Arquivo pessoal, 2013.

O espaço físico geral contém quatro lâmpadas, uma central de ar, uma janela, suporte para oxigênio e ar medicinal, suporte para álcool gel, suporte para descartex, identificação dos leitos na parede e televisão. Esta sala não possui banheiro, sendo assim as pacientes compartilham os mesmos banheiros da primeira sala. Como a finalidade desta sala é diferente da outra, não existe o espaço destinado à realização de técnicas de alívio não farmacológico da dor.

Em relação aos recursos humanos, a equipe de enfermagem é composta por 02 enfermeiras (os), uma para a sala de pré-parto e outra (o) para a sala de parto, 02 técnicas (os) de enfermagem, uma para cada sala. As (os) médicas (os) variam de 02 a 03 dependendo da necessidade, também distribuídas (os) pela sala de pré-parto e sala de parto.

Na sala de pré-parto recomenda-se que sejam desenvolvidos exercícios de relaxamento e de respiração que auxiliem as mulheres no controle das sensações de contrações durante o trabalho de parto. Aliado a essas técnicas de alívio não farmacológico da dor, a presença do acompanhante é incentivada já que pode transmitir segurança e confiança à gestante contribuindo para uma boa evolução do trabalho de parto.

O Hospital prioriza pela realização de partos vaginais, o parto cesáreo fica restrito para condições de riscos à saúde da gestante ou mesmo do feto que forem diagnosticados pela (o) médica (o) durante o pré-natal ou mesmo que surgiram na sala de pré-parto durante a progressão do trabalho de parto. Essa prática adotada pela instituição baseia-se nas normas do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, entre elas, o parto humanizado.

Além do PHPN, o Hospital Regional trabalha com o selo Amigo da Criança através de ações que visam o incentivo ao aleitamento materno exclusivo e assistência humanizada ao recém-nascido nos primeiros dias de vida, buscando atender suas necessidades e promover um bom crescimento e desenvolvimento.

#### *4.2.2.2 Acolhimento: Espaço Físico X Postura Profissional*

Segundo observações feitas durante o período da pesquisa e registradas no diário de campo, observou-se a dinâmica de atendimento; assim, as mulheres destinadas ao centro obstétrico (pré-parto) passam previamente por uma sala de

acolhimento com avaliação e classificação de risco, dirigida em seguida para uma consulta obstétrica, a partir de então podem ser encaminhadas para o pré-parto, enfermarias ou retorno ao domicílio. Em quase todos os casos o pré-parto é o primeiro setor hospitalar em que as parturientes estacionam-se por certo período de tempo, é ali que elas de fato percebem que chegou a hora do nascimento, é nesse local que elas vão passar pelos tensos momentos do trabalho de parto e vão se dar conta que quando voltarem para casa possivelmente irão com os seus filhos nos braços.

Por estes e outros motivos significativos essas mulheres necessitam de um acolhimento específico no pré-parto, não o acolhimento para avaliar e classificar, mas, o acolhimento propriamente dito, com fornecimento de informação, segurança e apoio. O acolhimento representa um dos momentos essenciais para a construção do elo de confiança e respeito entre enfermagem-paciente, tornando-a mais calma e segura.

O ato de acolher propõe mudanças benéficas na forma de organização e funcionamento dos serviços de saúde, principalmente em uma maternidade, partindo dos seguintes princípios: assistir todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal, com a função de ouvir, acolher e atender de forma positiva; reorganizar o processo de trabalho frente a uma equipe multiprofissional, com compromisso de assistir os pacientes com qualidade e presteza, a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania (ARMELLINI; LUZ, 2003).

O acolhimento nos serviços de saúde envolve um processo de relações humanas, devendo ser realizado por todas (os) as (os) trabalhadoras (es) de saúde e em todos os locais de atendimento. Visto que é assegurado ao cidadão brasileiro, por meio da Carta de Direitos dos Usuários, o atendimento acolhedor e humanizado, garantindo-lhes o respeito, a integridade física, a privacidade, o conforto, a individualidade, bem-estar psíquico e emocional, em qualquer situação de diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2008).

Além desse respaldo, as pacientes ainda podem contar com a recomendação do MS demonstrada no PHPN, que considera o acolhimento uma das ferramentas atuantes no processo de melhoria da qualidade dos serviços obstétricos. Para que ocorram as ações de acolhimento de forma a perpetuar a

saúde e segurança da mulher, as (os) profissionais que atuam nesta área devem estar comprometidas (os) (BRASIL, 2010).

Assim sendo, observa-se a fala das participantes desta pesquisa quanto ao acolhimento no pré-parto.

[...] quando eu entrei fiquei meio perdida, um monte de gente, não sabia pra onde ir, me mandaram esperar e depois mandaram eu ir me deitar numa cama [...]. (MARIA)

[...] foi à primeira vez que entrei naquela sala, não sabia que funcionava daquele jeito, o povo não te dá nem bom dia e quase tudo com a cara ruim, quando eles tão achando graça é porque estou fofocando entre eles[...]. (QUETURA)

[...] logo que cheguei, mandaram eu trocar de roupa e me sentar numa cadeira, não sabia muito bem o que ia ficar fazendo ali, mas depois que vi outras mulheres deitadas e sentindo as dores, entendi que eu estava esperando uma cama pra mim, vi que estava tudo cheio, alguns enfermeiros andando de um lado para outro e outros sentados. Mas nenhum deles veio conversar comigo, explicar bem o que era pra eu fazer ou o que ia acontecer agora, eu só sabia que ia sentir dor assim como as outras que estavam ali [...]. (ESTER)

[...] não tenho do que reclamar, só acho que as pessoas dali poderiam dar mais atenção pra gente [...]. (REBECA)

[...] os momentos que eles conversaram comigo foram poucos, mais era quando iam mexer no meu soro, ou mandar eu fazer força, ou parar de gritar, coisas do tipo [...]. (MARTA)

[...] eu já sai de casa sabendo que ia ganhar meu bebê, sai toda feliz, com minha mãe e meu marido, arrumei a bolsa com as coisas do Carlos e fomos. Até aí eu estava achando tudo muito bom, ainda não sabia bem o que me esperava. Depois que eu fui pro pré-parto sofri bastante, me senti sozinha, largada, tinha a minha mãe comigo, mas coitada, ela não sabe resolver muita coisa, não tinha ninguém pra me explicar as coisas, aí comecei a perguntar, as duas primeiras respostas foram normais, depois, acho que me acharam chata e já começaram com má vontade, no final já nem falavam comigo, ou quando tinham que falar mesmo era com

grosseria. Nem parece que era mulher, nem parece que já teve filho, que passou por aquilo ali [...]. (EVA)

Percebe-se que as entrevistadas relatam a necessidade de serem bem acolhidas na sala de pré-parto e ao mesmo tempo a ausência desse acolhimento. A não familiarização do local e o não conhecimento dos momentos que seguirão, quase sempre entre as primíparas, levam essas mulheres a se sentirem vulneráveis e a mercê das (os) profissionais. O que elas desejam encontrar ao chegarem são pessoas que as recebam bem, que transmitam apoio e confiança.

Pôde-se identificar que no estudo de Reis, Patrício (2005) referente ao parto humanizado num hospital de Santa Catarina, que as entrevistadas evidenciaram sentimentos semelhantes como o de não se sentirem acolhidas.

Esse acolhimento tem ligação direta com o relacionamento estabelecido entre a parturiente e as (os) profissionais. Este relacionamento deveria estar baseado no companheirismo. As mulheres deveriam ser respeitadas e valorizadas, dando a elas a oportunidade de fala, opinião e contribuição. Entretanto, essa realidade não foi vivenciada pelas entrevistadas como percebido claramente na fala de Eva – *“no final já nem falavam comigo, ou quando tinham que falar mesmo era com grosseria”*. Essa descortesia na comunicação verbal das (os) profissionais inibe as mulheres a fazerem perguntas e se expressarem. A falta de informação sobre a evolução do trabalho de parto às parturientes pode gerar tensão, medo, pânico e, conseqüente, insegurança e desconforto.

No estudo realizado em Porto Alegre, Armellini e Luz (2003) constataram que as atitudes profissionais, geralmente, desconsideram os sentimentos dessas mulheres, ignorando suas emoções e a significação da experiência da parturição. A ausência de vínculo com essas (es) profissionais é percebida como não acolhimento. As parturientes desejam ser aceitas como mulher e querem ser assistidas pelas (os) profissionais com prontidão, simpatia e diálogo. Frequentemente elas estão emocionalmente sensíveis durante o trabalho de parto, por isso esperam profissionais aliados, capazes de lhes propiciarem tranquilidade, segurança, redução da dor e do medo do parto.

Numa pesquisa realizada no México, segundo Davim e Bezerra (2002) as mulheres percebem que as informações, rotinas e intervenções são realizadas de modo autoritário e vertical, com poucas chances de falarem e, muito menos, de

perguntarem, sendo que essas informações deveriam ser fornecidas com prontidão, cortesia, clareza, detalhadamente e sem pressa. No Brasil, constatou-se no estudo de Simões (1998), em Niterói, Rio de Janeiro, que as mulheres percebem a ausência de espaço, devido ao modelo autoritário e manipulador durante o trabalho de parto. Situações como estas podem resultar em atendimento mecanicista e impessoal, com ausência de compreensão das necessidades humanas dessas parturientes.

Discute ainda, Meneghel et al. (2003), Dias e Domingues (2005) e revelam que, embora hajam evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, substituindo rotinas que facilitam a dinâmica de serviço das (os) profissionais atuantes por outras que privilegiam o andamento fisiológico e natural do parto representaria a perda do controle dos momentos da parturição, modificando o papel cultural da (o) médica (o) nesse contexto da assistência.

Atrelada a essa dinâmica de relação autoritária percebe-se que há uma indisponibilidade na formação de vínculos afetivos por parte das (os) profissionais que potencializa o medo e insegurança das parturientes. Elas esperam encontrar uma relação amigável, seja pela comunicação verbal e até não verbal, através de olhares acolhedores e de incentivo, sorrisos e toques.

Essas mulheres desejam compreender e participar do seu processo de parturição. Elas podem até não possuírem conhecimentos científicos sobre esse momento, mas entendem que cada parto e gestação são únicos. Independente do número de paridade desejam receber informações sobre o que está acontecendo consigo e com o bebê. Esperam que as (os) profissionais não exijam que elas tenham conhecimento sobre a parturição por causa de experiências em outros partos.

Mesmo levando em consideração a fala das entrevistadas, é importante salientar que a dinâmica de atendimento do hospital em estudo, agrega desvantagens na sistematização da assistência e na oferta adequada desse acolhimento. Pois a maternidade é referência para 28 municípios circunvizinhos distribuídos entre os estados do Pará e Tocantins, além do próprio Maranhão. A demanda de usuárias é em média 600 partos/mês. O que gera sobrecarga de trabalho, acúmulo de atividades burocráticas e deficiência no atendimento humanizado.

Nesse sentido, pensar em serviços com recursos físicos, funcionais e/ou humanos insuficientes para o desenvolvimento das atividades cotidianas é saber que essa dinâmica interfere no bom desempenho de qualquer instituição (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Esses atributos negativos ao trabalho das (os) profissionais do Hospital Regional podem influenciar diretamente na assistência. Para que a atuação da (o) enfermeira (o) tenha qualidade, é necessário suporte. Assim, essa ausência e/ou deficiência no acolhimento descrito pelas participantes pode ser resultado não apenas da postura profissional, mas sim, de uma dinâmica mais complexa que envolve características de gestão, supervisão e regulação de pessoal.

Portanto, percebe-se que os resultados obtidos correspondem aos estudos já existentes. As mulheres aqui envolvidas evidenciam a ausência de um acolhimento, de uma receptividade no setor, de delicadeza, atenção, paciência, postura profissional, atributos humanos, diálogo, entre outros.

Baseado nessa argumentação do acolhimento surgiu algumas falas das pesquisadas que refletiam a sensação de acolhimento encontrada no ambiente e/ou espaço físico do pré-parto em detrimento das (os) profissionais do setor. Ou seja, essas mulheres se sentiram acolhidas ou mais acolhidas pelo espaço físico em que estavam, seja pelo conforto, seja pela companhia de outras mulheres na mesma situação, ou pela pseudo privacidade permitida, pela presença do acompanhante, pela televisão disponível em uma das salas de pré-parto, ou pela climatização aconchegante, pelos colchões confortáveis, pela proximidade do banheiro, enfim, como se pode observar abaixo.

[...] o que eu mais gostei foi do espaço que a gente tava, mesmo sendo pequeno, tinha uma cama boa, uma cortininha do lado, banheiro na sala, ar condicionado. Eu me senti bem, pelo menos isso, já que atenção a gente não tinha mesmo [...]. (QUETURA)

[...] o lugar onde eu fiquei era bom, tinha uma televisão que intertia todo mundo, a hora passava mais rápido, assisti foi muito quando não tava com muita dor. A televisão falava com a gente, já que o pessoal de lá só falava quando iam escutar o coraçãozinho do meu filho, e falavam quase nada, quando eles faziam o toque, mandavam eu abrir a perna, ficar quieta, ai botavam a mão e saiam, se eu quisesse saber alguma coisa, tinha que chamar e ficar perguntando [...]. (ESTER)

Considera-se que a situação expressada é inapropriada. Atribuir sensação de acolhimento ao espaço físico condicionado pela ausência de afeto humano evidencia quão necessário é o amparo para essas mulheres. Mais do que tudo, é isso que elas buscam nesse momento – trabalho de parto – é apoio e calor humano. Por não encontrá-lo submetem-se a outros tipos de consolo, como o espaço físico ali encontrado, conforme se percebe através da fala de Quetura.

Nesse sentido, Beck et al. (2009) consideram importante que os profissionais da saúde tenham boa comunicação com as pacientes e saibam acolher de forma a tornar o momento menos estressante para a mãe e a criança.

Vale ressaltar que por mais confortável, aconchegante e equipado seja o ambiente físico do setor, ele é incapaz de fornecer o que de fato as parturientes necessitam e desejam. Palavras de conforto, atenção e carinho são insubstituíveis. Não basta um ambiente climatizado para fornecer segurança ou confiança. A televisão não instrui e informa os acontecimentos ali vivenciados.

De acordo com as entrevistadas além do espaço físico, o acompanhante foi primordial para proporcionar a sensação de bem-estar.

[...] quem cuidou de mim mesmo foi a minha prima que estava comigo, ela sim se preocupou comigo, ela que me dava atenção, me acalmava, ela me ajudou muito, graças a Deus que tinha ela lá, se não fosse ela, não sei nem como teria sido, eu teria ficado totalmente sozinha, jogada feito bicho [...].  
(ADA)

Na fala de Ada percebe-se uma das etapas assistenciais realizadas no pré-parto da maternidade pública de Imperatriz-MA. É rotina a permanência de uma acompanhante, independentemente do gênero, no espaço do pré-parto, sendo um direito adquirido nas mudanças institucionais. O limite dessa acompanhante é a sala de pré-parto, quando as mulheres dirigem-se para a sala de parto são desvinculadas da sua acompanhante.

Referente a essa realidade, mesmo a acompanhante exercendo papel fundamental, é importante saber que na maternidade de Imperatriz-MA ainda não existe uma rotina sistematizada de educação e/ou preparação dessa acompanhante para que colabore durante a parturição.

Desse modo, é válido refletir e questionar a capacidade da (o) acompanhante em fornecer apoio e colaboração nesse momento. É preciso considerar importante a presença de alguém preparada (o) para colaborar com as práticas em saúde, sabendo como apoiar a parturiente. Em todo caso, a forma como os serviços de saúde são organizados não favorece essa interação, persistindo práticas frequentemente técnicas que não qualificam as interações da mulher com a família e com a equipe de saúde.

Estudos constataam que muitas vezes, a (o) acompanhante é completamente leiga (o) sobre a dinâmica da parturição e/ou está nervosa (o) com a situação atual da paciente, o que contribui para que ela (e) acabe por não agir como bom apoio. Essa situação ficou evidente no período de observação.

Nessa construção discursiva, é enfatizada a necessidade de uma mudança de atitude na atenção ao nascimento, sendo imprescindível que as (os) profissionais revejam “seus conceitos, deixando de lado seus preconceitos, para favorecer um acolhimento completo, técnico e humano à mulher” (BRASIL, 2011, p. 65).

E ainda Moraes (2010) aponta que essa humanização dos serviços de saúde não deve ser vista como um modismo, e, sim, como uma ferramenta que vai além das técnicas, instrumentais, e que envolve as dimensões políticas e filosóficas que lhe dão sentido.

Dessa forma, diante de todas estas questões emblemáticas no que diz respeito a acolher bem a parturiente, percebe-se que é essencial que a humanização seja percebida, entendida e vivenciada no ambiente do pré-parto.

#### 4.2.3 O Cuidado

Quanto a este núcleo temático “o cuidado” é representado pelas unidades a seguir: “assistência de enfermagem”; “caracterização da figura da (o) enfermeira (o)”; e “aplicabilidade do PHPN na assistência de enfermagem”. Estas unidades dão base à assistência de enfermagem prestada no pré-parto. Cada uma delas serão discutidas, sendo que a unidade significativa “aplicabilidade do PHPN na assistência de enfermagem”, está presente nas discussões das demais, permitindo uma análise profunda sobre a temática.

Ao se referir ao cuidado ou assistência de enfermagem no trabalho de parto, nota-se uma tendência no final do milênio, à busca de práticas de cuidados que valorizassem os sentimentos e significados que envolvem o nascimento. Essa postura teve apoio do Ministério da Saúde que busca a garantia da mulher no exercício de sua maternidade com “segurança e bem-estar”. Para tanto, os profissionais de saúde devem estar capacitados em oferecer: “[...] seu conhecimento a serviço do bem estar da mulher e bebê, reconhecendo os momentos críticos [...] Podem amenizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e nascer.” (BRASIL, 2010, p. 9).

Essas mudanças no modelo assistencial reforçam o cuidado da enfermagem que deve ser baseado no ato de cuidar, prática esta atualmente estimulada pelo PHPN que tem contribuído para a inovação das práticas tecnicistas em humanísticas.

Assim, encontrou-se também como resultado desta pesquisa, a superficialidade da assistência de enfermagem no pré-parto:

[...] eu não sei não, acho que o pessoal dali faz o serviço deles sim, mas um serviço muito mau feito, faz por fazer, ou porque são obrigado, tipo de mal vontade o tempo todo, ou como se tivesse fazendo um favor pra gente [...].  
(SARAH)

[...] ah, o que eles fizeram foi toque, passavam perto de mim as vezes, viam a pressão e colocava o aparelho na minha barriga pra ver o batimento e também soro. Tinha uma cortina do meu lado, que eles mexiam as vezes e olhavam [...]. (MARTA)

[...] uma foi lá e mandou eu ir andar pro neném nascer mais rápido, fazer força, depois iam fazer o toque, mandaram eu tomar banho se quisesse, ah me davam absorvente de vez em quando [...]. (REBECA)

[...] lembro que os enfermeiros quase tudo de verde ficavam andando na sala, diziam pra gente fazer força. No começo não colocaram soro, mas depois colocaram e disseram que não ia demorar ganhar. Tinha os estagiário, não lembro de onde era, mas eram gente boa, teve uma que ficou comigo e me ajudou a andar, me ensinou a acocar, me colocou numa bola e fez até massagem ni mim [...]. (MARIA)

Percebe-se pelos depoimentos acima a assistência de enfermagem sendo ofertada a essas mulheres, o que chama a atenção, é a sistematização incompleta dessa assistência, pois, esta se resume em aferição de sinais vitais maternos, batimento cardíaco fetal (BCF), administração de medicamentos e/ou regulagem de soro e toque vaginal, demonstrando de fato a superficialização da assistência de enfermagem no pré-parto,

[...] o que foi feito, foi medido minha pressão várias vezes e escutado o coração também muitas vezes. Mandaram eu andar também ou se quiser banhar, mas foi só isso, tinha outras coisas lá, duas bolas grandes pra gente sentar, mas não fizeram isso comigo[...]. (ADA)

Durante o período de observação diária do serviço foi desvelando-se que as ações no trabalho de parto tendiam a seguir uma rotina, sendo desenvolvidas a partir dos passos estipulados para todas as etapas. A cada período de duas horas, ou menos, a (o) enfermeira (o) ou técnica (o) de enfermagem examinavam a paciente, aferindo seus sinais vitais, como pressão arterial sistêmica (PAS) e o BCF e algumas vezes investigando queixas e necessidades, estimulando a deambulação e a dieta líquida. Entretanto, em nenhum momento observou-se por parte da equipe de enfermagem a utilização dos recursos materiais disponíveis para alívio não farmacológico da dor, as próprias bolas suíças, a barra e a massagem; ou mesmo uma conversa ou orientação mais personalizada, estas atividades eram permitidas, porém não estimuladas e não orientadas. Geralmente, apenas as (os) estagiárias (os) estimulavam e acompanhavam as parturientes no emprego das técnicas ditas naturais para o trabalho de parto.

Esses aspectos são apresentados também no estudo desenvolvido por Reis e Patrício (2005) no qual as participantes reforçam que na dinâmica dos serviços de atenção ao parto e nascimento as preocupações residem mais na assistência final, no momento do parto. Os cuidados no intercurso só são relevados e resgatados com mais efetividade quando há intercorrências.

O estudo de Louro (2002) em Ribeirão Preto, também apresenta resultados semelhantes tais como: os técnicos de enfermagem não tinham uma prática de expectativa, de somente olhar, esperar e apoiar a mulher nesse momento, mesmo quando o serviço estava tranquilo, não era comum a permanência do

profissional de saúde próximo às mulheres. Quanto a este aspecto, parecia não haver uma dinâmica de expectativa presente no cotidiano, e as mulheres ficavam mais comumente na presença de seus acompanhantes, quando tinham um. Então, o suporte psicológico ofertado à parturiente durante o trabalho de parto ficava mais como papel da (o) acompanhante, pois as (os) demais trabalhadoras (es) ou não se sentiam corresponsáveis ou eram consumidas (os) pelo trabalho técnico.

Além desta comum ausência da (o) profissional, é importante frisar que a estrutura na área do leito simula a privacidade da parturiente, ao isolá-la da vizinha ao lado por uma cortina, o que é ineficiente, pois qualquer conversa e/ou outro contato são facilmente estabelecidos entre elas, mesmo sem desejarem. Entretanto, algumas mulheres ficam, em parte, muito isoladas, apenas com seus acompanhantes, pois a equipe que atende no pré-parto apesar de teoricamente ser subdivida nas duas salas, tende a se concentrar maior parte do tempo apenas em uma das salas, é a que possui refrigeração de uma central de ar, além de maior número de leitos.

Quanto ao gênero, observou-se que há desproporcionalidade de gênero entre as (os) profissionais da sala de pré-parto, ao predominar o gênero feminino, entretanto, em nenhum momento foi ressaltado pelas participantes uma diferenciação no cuidado relacionado ao gênero das (os) profissionais. O que mostra, que o fato de mulheres prestarem a assistência a outras mulheres, não quer dizer que seja sinônimo de uma sensibilização maior por parte destas.

Nesse contexto, podem-se observar vários fatores que atuam diretamente na oferta do cuidado. A priorização dos procedimentos técnicos e a ausência da (o) profissional próxima (o) a paciente revelam que essas parturientes necessitam de um cuidado humanizado. Elas precisam ser vistas como mulheres de forma individualizada e por isso devem receber uma assistência personalizada, de acordo com as suas necessidades.

Outro ponto relevante é a ausência de contato humanizado, de comunicação, explicações, vínculo.

[...] não posso falar muita coisa sobre isso, porque quase não tive contato com eles, meu contato foi quando eles vinham ver o coração do bebê, andavam na sala, trocavam soro, toque, essas coisas, aí a nossa conversa

era muito pouca, quando tinha uma coisa sim, mais era com quem tava comigo [...]. (AGAR)

[...] eu não me senti bem, gostaria de ter tido mais atenção. Eles poderiam olhar pra gente pelo menos e tratar como ser humano. Eu sei que o trabalho deles é difícil, mas também precisamos de um bom atendimento, principalmente de atenção [...]. (EVA)

Diante da situação exposta, Santos, O. (1998), Rattner (2009) relatam que a comunicação estabelecida entre enfermagem-paciente deveria ser aquela fundamentada nos princípios da comunicação terapêutica, com a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente. A prática dessa comunicação aperfeiçoa e colabora com o cuidado de enfermagem, criando oportunidades de aprendizagem e despertando na paciente sentimento de confiança, permitindo que ela se sinta satisfeita e segura.

A comunicação terapêutica conforme Potter e Perry (2002), Serruya et al. (2013) permite uma interação entre enfermagem e paciente, o que proporciona a oportunidade de se criar um relacionamento humano que alcance os objetivos da assistência. O uso dessa comunicação pela equipe aumenta a aceitação e a compreensão da paciente quanto à realização dos procedimentos, atendendo suas necessidades. Além de criar condições para que a (o) profissional de enfermagem possa efetivar mudanças e, promover o bem-estar da paciente em um processo de humanização e fortalecimento das relações enfermeira (o)/paciente.

Percebe-se que por trás da fala de cada mulher, a principal queixa é a ausência desta comunicação, que resulta em desatenção. Entretanto, indo contra a realidade demonstrada, sabe-se que as parturientes têm direito a informação conforme preceitua a Organização Mundial de Saúde quanto às recomendações para um bom trabalho de parto e parto. Conforme a literatura, ouvir é um método não verbal de comunicação e, por ele se transmite a paciente que a mesma é aceita e respeitada como ser humano (RIBEIRO; FUGERATO, 2003; MOREIRA et al., 2006).

Durante o trabalho de parto, é comum que as mulheres sejam avaliadas periodicamente quanto à aferição da pressão arterial sistêmica, toque vaginal e batimento cardíaco do feto. Nos relatos apresentados, as parturientes afirmaram terem sido submetidas a estes, mas acrescentaram que as (os) profissionais que

fizeram o procedimento pouco, ou nada, disseram sobre a situação. Ou seja, não houve diálogo, comunicação e apoio. Então, o direito básico da parturiente de saber como está a evolução do trabalho de parto não necessariamente é respeitado, deixando-a muitas vezes ansiosa devido à falta de informação.

Ainda de acordo com os autores, ouvir torna-se um dos principais instrumentos na assistência de enfermagem, e por intermédio dele se obtém informações valiosas; quando a (o) profissional deixa de ouvir renuncia a um dos objetivos da comunicação, que é ficar sabendo sobre a outra pessoa, no intento de compreendê-la e, se possível minimizar o seu sofrimento.

Para ouvir a paciente a (o) profissional da saúde deve atentar para não julgar o conteúdo do pensamento expresso, voltando sua atenção a paciente, pensando reflexivamente sobre o que ele diz para viabilizar a compreensão do significado do que está sendo dito.

É possível que essa prática, da ausência de diálogo e de esclarecimento acerca da evolução da parturição, encontre justificativa em dois aspectos. O primeiro pode relacionar-se à dinâmica de atenção à saúde ainda vigente em muitas instituições, na qual as rotinas ainda tendem a orientar-se pela desconsideração dos direitos da usuária, e assim pouca ou nenhuma orientação/informação é oferecida à mulher durante o seu período de parturição como afirma Morais (2010). Outra opção pode ser a relação com a dinâmica do serviço da maternidade de Imperatriz-MA, que é um centro de referência para urgência e emergência obstétrica, geralmente com superlotação, dificultando assim, a disponibilidade das (os) profissionais às práticas mais explicativas e acolhedoras, como já discutido. Outra suposição é a de que essas (es) trabalhadoras (es) não estejam envolvidas (os) e sensibilizadas (os) com o acolher, mesmo que seja uma proposta pertencente às políticas dos serviços de saúde.

Dentre os depoimentos observa-se que há predomínio de queixas das pacientes assistidas, entretanto, não existe nenhum relato que evidencie atitude repreensiva sobre a qualidade dessa assistência recebida. Ou seja, mesmo não concordando, as parturientes não referiram atitudes de mudança diante do quadro exposto.

Uma postura de cobrança e exigência dos direitos humanitários obstétricos respaldados pelo PHPN, possivelmente levaria a uma necessidade de reformulações na realidade presente da maternidade. Entretanto, muitas dessas

mulheres desconhecem os seus direitos e/ou habituaram-se culturalmente a simplesmente não questionarem e/ou por medo da reação das (os) funcionárias (os) como relata Marta.

[...] eu queria saber quanto tempo ainda faltava, se estava tudo bem com o meu filho, e comigo também, se aquela dor toda era normal, mas não tive coragem de perguntar, preferia falar nada, porque via as outras que perguntavam e recebiam sempre má resposta [...]. (MARTA)

Nesse caso, muitas vezes as usuárias acabaram ficando desprovidas de informações pelo medo de questionarem. Essas mulheres sabiam informar quando o exame havia sido realizado, mas, no geral, não sabiam quais os valores obtidos na mensuração da dilatação, da pressão arterial e dos batimentos cardíacos fetais.

No estudo de Davim e Bezerra (2002)\* referente a assistência de enfermagem chegou-se a resultados equivalentes sobre estes e outros aspectos. As mulheres desconhecem os valores obtidos nas mensurações, mantinham uma postura inerte e na continuidade do trabalho de parto a mulher permanecia na sala do pré-parto até terminar o estágio de dilatação, e em seguida, era transferida para a sala vizinha, local onde teria o filho, a sala de parto. Geralmente, essa transferência acontecia com a mulher deambulando e sendo ajudada, ou pela equipe de enfermagem, ou pela sua acompanhante. Em muitos casos, as parturientes iam gemendo, parando para ter novas contrações, mas, na dinâmica desse serviço, era preciso que elas fossem para a sala de parto, pois, na visão tradicional, é o local certo para parir.

Entretanto, ressalta-se que durante este estudo, muitos partos ocorreram frequentemente na própria sala de pré-parto, possivelmente na intenção de humanizar ou porque houve falha das (os) profissionais em acompanhar o momento do nascimento do recém-nascido (RN) ou mesmo porque as salas de parto estavam ocupadas. Com informações obtidas no período de observação e registradas no diário de campo, conclui-se que o motivo está relacionado às três suposições, sofrendo variações de acordo com as (os) profissionais e situação de demanda. Algumas (s) estimulam o parto no leito, por ser mais confortável e tranquilo para os dois lados, profissional e paciente. Enquanto a deficiência na assistência também é visível, já que algumas pacientes passam comumente por um período de quatro a

---

\* Davim e Bezerra (2002). Projeto intitulado *Projeto Midwifery* realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte mais duas universidades internacionais.

seis horas sem avaliação médica ou da (o) enfermeira (o). Além da existência de situações referentes a superlotação.

#### 4.2.4 Caracterização da Figura da (o) Enfermeira (o)

Quanto ao núcleo temático “o cuidado” também é representado por esta unidade: “caracterização da figura da (o) enfermeira (o)”. Esta demonstra como as participantes desta pesquisa percebem a (o) profissional enfermeira (o), não a (o) identificando na sala de pré-parto.

As participantes dessa pesquisa relataram que, muitas vezes, sentiram dificuldades em distinguir quem era a (o) enfermeira (o), ou simplesmente não conseguiram fazer a identificação. Ou seja, a figura dessa (e) profissional apesar de existente no pré-parto não é percebida e/ou identificada pelas parturientes ali presentes.

[...] eu não sei quem era esse enfermeiro, pra mim todos ali eram enfermeiros, não vi diferença entre eles [...]. (ESTER)

[...] não da pra saber quem é quem ali, eles não falaram quem era e nem eu perguntei [...]. (EVA)

[...] eu não vi esse enfermeiro, vi várias pessoas vestidos todos iguais e fazendo todos a mesma coisa [...]. (MARTA)

[...] e o que esse enfermeiro faz? [...]. (ADA)

[...] se tivesse esse enfermeiro seria melhor, talvez ele organizasse mais as coisas, e dava atenção pra gente [...]. (MARIA)

[...] se tinha esse enfermeiro eu não vi, não sei quem é, não da pra saber mesmo [...]. (SARAH)

Percebe-se essa mesma descaracterização no estudo de Rugolo et al. (2004) que encontrou dados referentes ao recebimento da informação sobre a categoria e nome da (o) profissional que assistiu a parturiente, isto fez parte do relato da minoria das mulheres atendidas no trabalho de parto e parto. Isso revela a

despersonalização, impessoalidade e ausência de relações com vínculos. Ou seja, além dessas mulheres desconhecerem o nome da (o) profissional que as atenderam, também não conseguem distinguir a que categoria profissional ela (e) pertenciam.

Esses estudos refletem muito bem a realidade aqui encontrada com as mulheres que relatam não perceberem a (o) enfermeira (o) no pré-parto e ainda acrescentam que não houve a identificação por parte da equipe profissional, nem por nome ou atuação.

[...] não tem como a gente saber quem são eles ali, eles não falam nada, não usam crachá, não dizem o nome e nem o que fazem [...]. (QUETURA).

Assim, uma característica da assistência ao parto na maternidade de Imperatriz-MA é a despersonalização e a impessoalidade. De forma geral as mulheres não sabem o nome das (os) profissionais que as atendem e também não são chamadas por seus nomes. Barreto (2008, p. 23) em estudo realizado na Bahia, coloca, “não há nomes, mas profissionais que se revezam na construção do diagnóstico, com prescrições e cuidados. Em suma não há interlocutor (...)”.

Na tentativa de entender essa realidade, pode-se atribuir essa ausência de caracterização da (o) profissional enfermeira (o) por motivos relacionados à inexistência de postura profissional, no sentido de exercitar suas atribuições, também pela ausência de identificação pessoal das (os) mesmas (os) como nome e função visíveis e dificuldades por parte das parturientes de distinguirem por meio de atribuições técnicas as categorias profissionais.

Com as declarações em questão, percebe-se a perda da postura aparente da (o) enfermeira (o) no pré-parto. Estas (es) profissionais se responsabilizam pela assistência prescrita pelas (os) médicas (os) e pela administração do local, quase sempre não atuando diretamente no processo de humanização. Sua rotina de trabalho consiste na supervisão das atividades das (os) técnicas (os) de enfermagem, na reposição dos estoques e insumos e no gerenciamento de outras necessidades, não se envolvendo de fato com o processo de cuidado das gestantes, com exceção àquelas pacientes que necessitam de cuidados diferenciados.

Costa et al. (2009) ao realizar uma pesquisa bibliográfica em Barbacena sobre a perspectiva da (o) enfermeira (o) na humanização da assistência ao parto, reforça que é necessário que esta (e) profissional tenha capacidade técnica e atributos humanísticos para desempenhar o acompanhamento da mulher e dos familiares durante os momentos do nascimento, estando disponível e compreendendo o significado de cada momento a todos os participantes.

No estudo realizado em uma maternidade no interior de São Paulo, Castro e Clapis (2005) afirmam que a enfermagem no cuidar compreende e fornece ao seu cliente/paciente um cuidado superficial de acordo com as suas necessidades, sendo assim, a equipe de saúde deve adquirir consciência para mudança de pensamento em relação à assistência.

Em estudo, Martins (2012) constatou que as participantes de um estudo realizado em Goiânia, relataram em suas falas que é necessário que as (os) enfermeiras (os) e médicas (os) tenham mais paciência, evidenciando que algumas (s) das (os) profissionais lhes atenderam de forma inadequada não demonstrando paciência. Destaca-se que este tipo de postura não condiz com o PHPN, pois a pouca atenção das (os) profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto fortalece a ideia de que o cuidado é de melhor qualidade quando o atendimento é privado.

Ao realizar o cuidado de enfermagem, a (o) profissional realiza uma atenção indispensável para o bem-estar da paciente. A relação entre enfermeira (o) – paciente pode se iniciar com maneiras simples, utilizando a expressão pela linguagem, mas também por um conjunto de atitudes afetivas e técnicas que direcionam as ações de enfermagem. Esse relacionamento consiste no ato de assistir essa mulher no seu processo vital, ajudando-a a aproximar-se de si mesma. Assim, a paciente evidencia como melhor executora (o) aquela (e) que é também atenciosa (o) e não apenas a (o) que executa melhor as técnicas e procedimentos (RIBEIRO; FUREGATO, 2003).

A atenção, paciência e o estar ao lado foram práticas desejadas pelas mulheres entrevistadas. O que as pacientes desejam como assistência não está nos aparatos materiais ou conforto no trabalho de parto e parto, mas na atenção e dedicação de um atendimento humanizado, com práticas no âmbito das relações interpessoais voltadas para o respeito, acolhimento e orientação apropriadas para o

momento vivencial. Reafirmando, Martins (2012) considera que tratar a mulher com dignidade é a melhor coisa a se fazer por ela.

A relação entre enfermeiro-paciente pode se iniciar de maneira simples, utilizando a expressão pela linguagem, mas também por um conjunto de atitudes afetivas e técnicas que direcionam as ações da enfermagem. Os relacionamentos consistem no ato de assistir ao ser humano, no seu processo vital, ajudando-o a aproximar-se de si mesmo (RIBEIRO; FIGUERATO, 2003).

Para Meneghel et al. (2003) a interação enfermeira (o) – paciente é capaz de reduzir ou aumentar os fatores de risco e de proteção da paciente, sendo mais uma vez imprescindível a existência de um bom acolhimento e postura humanizada na assistência, a fim de, estreitar as relações que podem efetivamente reduzir os riscos a essas mulheres.

Sobre a atitude das (os) profissionais em sala de parto, Moraes (2005) no trabalho realizado com as (os) profissionais do Hospital Maternidade Interlagos (SP) e seu Ambulatório, chama atenção para o fato de os profissionais considerarem este setor como mais um ambiente comum de trabalho, sem especificações necessárias. Essa postura contrária de forma determinante os princípios de humanização do PHPN.

Neste sentido, Pasche, Vilela e Martins (2010) apontam outras práticas da enfermagem consideradas como intervenções não humanizadas no parto vaginal, como não permitir a presença da (o) acompanhante, enema intestinal e tricotomia dos pelos pubianos, o uso de violência verbal e psicológica, soroterapia e episiotomia rotineiras, administração de medicação intravenosa para acelerar o parto sem indicação clínica, repouso contínuo no leito, prescrição de jejum pós-parto, realização do parto apenas em posição ginecológica e separação mãe-filho nos primeiros momentos pós-parto.

Sobre a episiotomia Diniz (2005) e Brasil (2010) destacam nas recomendações da OMS, na categoria das condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada está o uso liberal ou rotineiro da episiotomia. Que em geral é justificada como medida profilática da laceração do canal de parto, principalmente na primípara.

Esse panorama mostra a importância da atividade da (o) profissional enfermeira (o) no processo de humanização da saúde, cuidados as gestantes e acolhimento no trabalho de parto e parto, que pode ser ainda compreendido a partir

do entendimento de Pasche, Vilela e Martins (2010) que apresentam o fato de o MS ter em 1998, oficializado a assistência ao parto normal pela enfermeira (o) obstetra. Logo, pode-se considerar que a (o) profissional da enfermagem vem se capacitando para esta importante atividade.

Outros pesquisadores descrevem que a (o) enfermeira (o) é a (o) profissional mais indicada (o) para realizar uma assistência com qualidade à mulher na sala de pré-parto, por sua capacidade de observação, percepção, capacidade de comunicação, facilitando a interação entre profissional e paciente. Além disso, sua formação acadêmica desenvolve competências clínicas e a gestão de recursos humanos e de suprimentos, que permite uma visão sobre a logística e a especificidade de atendimento dos setores, como a sala de pré-parto. Estes aspectos devem ser considerados relevantes no momento da priorização de atividades a serem exercidas por esta (e) profissional.

Assim, pode-se acreditar que a deficiência na assistência do enfermeiro relatada pelas parturientes está diretamente relacionada à dinâmica de atendimento da instituição, defasagem no número de profissionais, *déficit* na educação permanente das (os) enfermeiras (os) e ausência de sensibilização as normas do PHPN?

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Políticas Públicas de Humanização do Nascimento trouxeram consigo um novo olhar sobre a assistência de enfermagem às parturientes. Os dados gerais mostram que o atendimento às parturientes teve saltos positivos após a implementação do PHPN no Brasil. No entanto, estudos demonstram também que há necessidade de ajustes no que se refere às práticas de gestão das Instituições de saúde e de mudanças nas práticas tradicionais de enfermagem, muitas vezes com profissionais premidos pelas condições de trabalho e pela falta de estímulo e promoção a educação permanente.

Tendo estas políticas como referência, o presente estudo sobre a percepção das parturientes quanto à assistência de enfermagem no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, sugere que as práticas no Centro Obstétrico deste Hospital ainda não incorporaram integralmente o que preconiza o Ministério da Saúde no PHPN e que neste caso, privilegia a estrutura física, enquanto que as (os) profissionais têm dificuldades em realizar uma assistência humanizada.

Pode-se afirmar, como resultados, a partir da percepção das participantes que a vivência das práticas do pré-parto tornou-se marcante em decorrência das emoções conflituosas que ali foram vivenciadas; que as mesmas não se sentiram acolhidas pela equipe profissional que ali atua, mas, no entanto, o conforto do espaço físico que elas ocuparam e a presença da (o) acompanhante ajudaram a amenizar a ausência de acolhimento das (os) profissionais; quanto ao cuidado, observou-se a superficialidade da assistência de enfermagem, que destina a sua atenção aos procedimentos e rotinas técnicas em detrimento da assistência humanizada, além da descaracterização da figura da (o) enfermeira (o), já que não conseguiram identificar e/ou caracterizar a figura e a função da (o) mesma (o) na sala de pré-parto. Portanto, a assistência humanizada preconizada pelo PHPN encontrou-se falha em decorrência da superficialidade na assistência de enfermagem e a descaracterização da figura da (o) enfermeira (o).

Assim, acredita-se que a deficiência na assistência da (o) profissional enfermeira (o) relatada pelas parturientes esteja diretamente relacionada à dinâmica de atendimento da Instituição, à defasagem do número de profissionais para atender a demanda; deficiência na educação permanente das (os) enfermeiras (os) e sua equipe e ausência de sensibilização às diretrizes e normas do PHPN.

Concluindo, sugere-se a implantação da sistematização da assistência de enfermagem na sala de pré-parto, privilegiando o acolhimento às parturientes, a atuação sistemática da equipe de enfermagem e da (o) profissional enfermeira (o) baseada em ações humanísticas. É relevante também a revisão do número de profissionais atuantes em relação à demanda atendida na sala de pré-parto, e a necessidade da educação permanente em favorecimento da sensibilização às diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Um acompanhamento mais próximo por parte da gestão hospitalar poderia também contribuir na supervisão da assistência humanizada que se caracteriza pela dedicação e respeito, direito cidadão das mulheres.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. A. J. **Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência.** RBGO, 28(7), 377-9, 2006.

ARMELLINI C. J.; LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2003 dez; 24(3): 305-15.

ÁVILA, M. B. M.; CORRÊA, S. O Movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil; revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo: Hucitec, Population Council; 1999.

BECK, C. L. C. et al. Os enfermeiros e a humanização dos serviços de saúde do município: um estudo exploratório. **Cienc Cuid Saúde**, 8(2), 184-190, 2009.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. [online] 20. 1996. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>. Acesso em: 20 Jan de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Análise da atenção obstétrica hospitalar: sistema único de saúde.** Brasília, DF, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.** Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 2008, 158p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília, DF, 2011.

BARRETO, M. R. N. **Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 15(4), out.-dez. 901-925, 2008.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-Americana Enfermagem**, 13(6), 960-7, 2005.

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. **Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., 12(24), 125-40, 2008.

COSTA, A. M. et al. **A perspectiva do enfermeiro na humanização da assistência ao parto.** Faculdade de Ciências da Saúde de Barbacena. 2009.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. M. Assistência a Parturiente por enfermeiros obstétricos no Projeto Midifery: um relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5 – Ribeirão Preto – sept./oct. 2002.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynecol Obstet**, 48 (Suppl.):S33-S52, 2001.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política desumanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, set. 2005.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social.** 1997. São Paulo. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_, C. S. G. **Maternidade avoluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta.** In: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Saúde das mulheres: experiência e prática. São Paulo: O Coletivo; 2000. p. 22.

\_\_\_\_\_, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 627-637. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Acesso em: 13 Jan. de 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS E. M.; LEAL M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad Saúde Pública**. 2004; 20(1 Supl):52-62.

ENCICLOPÉDIA DE IMPERATRIZ. E. S. **150 anos, 1852-2002**: a maior obra de referência da capital brasileira da energia. Editora: Instituto Imperatriz, 2009.

GOER H. **Humanizing birth**: a global grassroots movement. *Birth*31 (4):308-314. 2004.

GOODE, W.; HATT, P. **Métodos em pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Nacional, 1979.

GRAVENA, A. A. F. et al. Resultados perinatais em gestações tardias. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 15-21. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100002>>. Acesso em: 02 Jan. 2013.

HAGUETTE, M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 10. ed. Petrópolis, Vozes, 2005.

LA TAILLE, Y. de. **Moral e Ética**: dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

LOPES, C. V. et al., Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enfermagem**. 2009 Jul/Set; 14(3): 484-90.

LOURO, J. P. **A produção do conhecimento sobre o suporte oferecido a mulher durante o processo de parturição**: período de 1991 a 2001. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, v. 5, n.2 São Paulo novembro 2002.

MAGALHÃES, F. **Lições de clínica obstétrica**. 2ª ed. Livraria Castilho, Rio de Janeiro. 1916.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. **A pesquisa da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento**. Escola Ana Nery. v. 10, n. 3 Rio de Janeiro, 2006.

MARTINS, S. M. S. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um serviço de urgência hospitalar em Goiânia.** 2012. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

MELLO, M.; LIMA, J. V. **Humanização do parto em adolescentes:** aspectos emocionais. RECCS. v. 15, n. 2, p. 11-15, abr-jun. 2002.

MENEGHEL, S. N. et al. Impacto de grupo de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. In: **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 19(4): 955-963, jul-ago, 2003.

MILES, M. B; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis:** an expanded sourcebook. London: Sage Publications, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2010.

MORAIS, F. R. R. **A humanização no parto e no nascimento:** os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. 2010.

MORAES, S. D. T. A. **Humanização da assistência materno-neonatal:** uma contribuição à sua implantação. 2005. 182 f. + 1 CD-ROM. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Epidemiologia, Universidade de São Paulo, 2005.

MOREIRA, K. A. P. et al. A humanização no parto: um estudo bibliográfico. Online **Brazilian journal of nursing.** V. 5, n. 3 Rio de Janeiro, 2006.

MOURA, F. M. J. S. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista brasileira de enfermagem.** V. 60. n. 4 Brasília jul./ago. 2007.

MULROW, C.D. The medical review article: state of the science. **Ann Intern Med;** 106: 185-8, 1987.

NAGAHAMA, I. E. E.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Set. 2005, vol. 10, n<sup>o</sup> 3, p. 651-657.

ONIAS, et al. J. M. T. C. Humanização e integralidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher no sistema único de saúde – SUS. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n.1, Pub.2, Janeiro 2013.

OSAVA, R. H. Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde, São Paulo: Nursing, **Revista técnica de enfermagem**, n.6, p.10-11, fevereiro, 2003.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C.P. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil**: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. In: VER. TEMPUS ACTAS SAUDE COL. v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**: Conceitos, processo e prática. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. **Parto humanizado**: influências no segmento saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 33, n. 01, 2009.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos**: ponderações sobre políticas públicas. Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 759-768. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>>. Acesso em: 03 Jan. 2013.

REIS, A. E; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10 Rio de Janeiro setembro/dezembro, 2005.

REHUNA. **Carta de Campinas**. Campinas, 1993. (mimeo).

\_\_\_\_\_. **Carta de Fortaleza**. Fortaleza, 2000. (mimeo)

REZENDE, J.; MONTENEGRO, A. C. N. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRO, M. I. L. C.; FUREGATO, A. R. F.. Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de Enfermagem. **Revista Nursing**, v.66 n.6.p20, novembro de 2003.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Humanização do parto**. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaodoparto.html>>. Acesso em: 23 Jan. 2013.

RUGOLO, L. M. S. S. et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Rev Bras Saúde Matern Infant** 2004; 4: 423-33

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009; 31(7):326-34.

SANTOS, O. M. B. **A enfermagem como diálogo vivo**: uma proposta humanística no cuidado à mulher e a família durante o processo de nascimento. 1998, 172f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 1998.

SATO, R. **A percepção do enfermeiro na assistência a mulher grávida, desvelando a prática da humanização**. Curitiba: UFPR, 2001.

SERRUYA, S. J. et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004.

SERRUYA, S. J. et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. [online]. 2004, vol.4, n.3, pp. 269-279. ISSN 1519-3829. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000300007>>. Acesso em: 05 Jan. 2013.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SIMÕES, SMF. **O ser parturiente**: um enfoque vivencial. Niterói (RJ). Editora da UFF; 1998, 121 f.

STAKE, R. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S.. **The handbook of qualitative research**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p. 435-54.

STRAUSS, A. L; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory**. 2nd ed. London: Sage Sage Publications, 1998. p. 312.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 376 f + 1 CD-ROM. Tese (Doutorado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo (SP): Atlas; 1998.

VALENCA, C. N. GERMANO, R. M.. O que é SUS. **Cad. Saúde Pública** [online] 2010, vol.26, n.6, pp. 1262-1263. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600019>>. Acesso em: 06 Jan. 20

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TCLE**

#### **(MULHER PARTICIPANTE)**

Você está sendo convidado/a participar da Pesquisa intitulada: Políticas Públicas de Humanização no Nascimento: percepção da parturiente quanto à assistência de enfermagem no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, cujos objetivos são: conhecer a percepção das parturientes atendidas no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA quanto a assistência de enfermagem, além de, conhecer a assistência de enfermagem prestada às parturientes na sala de pré-parto; caracterizar a estrutura física, organizacional e profissional do hospital; avaliar se a assistência e os procedimentos realizados dentro do pré-parto seguem a política pública do PHPN.

A sua participação será através das respostas dadas durante uma entrevista que terá o áudio gravado a partir da sua autorização, e será realizada em seu domicílio no dia e hora que forem mais oportunos para a senhora. Com perguntas abertas, onde serão abordados assuntos sobre os momentos que a senhora passou na sala de pré-parto da maternidade, referentes à assistência de enfermagem.

O benefício para você participante está relacionado à colaboração para a elaboração ao conhecimento científico para profissionais e acadêmicos da área de saúde, gerando informações para uma possível melhoria da assistência pré-parto realizada na rede pública de saúde e na construção de parâmetros e indicadores para comparações futuras nesta área das pesquisas no Maranhão e em Imperatriz.

Os riscos para você poderão ser relativos a desconforto e constrangimento relacionado a alguma questão da entrevista e diante disso você participante tem plena liberdade de escolha em respondê-la ou não, podendo desistir da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Neste caso, se for necessário, a pesquisadora responsabilizar-se-á por arcar com todos os custos referêntes aos tratamentos necessários para recuperação da saúde das entrevistadas.

Para garantia do sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos sobre a sua identidade e os dados pessoais, apenas a pesquisadora e a orientadora terão acesso a essas

informações. Os dados colhidos ficarão sob supervisão do pesquisador responsável e arquivados em local sigiloso e seguro por 5 (cinco) anos, sendo incinerados após esse período e somente os resultados da pesquisa serão publicados.

Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC - Goiás. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias sendo uma para o voluntário e outra para a pesquisadora.

Diante dos esclarecimentos citados acima, aceito participar da pesquisa.

Imperatriz – MA\_\_/\_\_/\_\_.

---

Assinatura do/a Voluntário/a

---

Assinatura do/a Pesquisador/a

Pesquisador Responsável: Paula Cristina Alves da Silva

Endereço: Rua Alagoas, nº 1883; Santa Rita

Telefone: (99) 91394127/81242123

E-mail: dr.paulacristina@yahoo.com.br

Orientadora: Dra. Eline Jonas

Telefone: (62) 8122 8637

E-mail: eline\_jonas@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC.

Endereço: Avenida Universitária Nr 1.069, Setor Universitário, Goiânia - Goiás, Área IV (Bloco D da Reitoria), Caixa Postal 86 - CEP 74605-010

Telefone: (62) 3946-1512 Fax: (62) 3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br

## **APÊNDICE B – Roteiro de entrevista**

### **I – Caracterização da mulher**

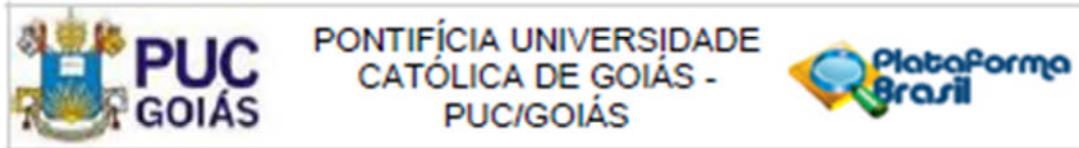
- Nome:.....
- Idade:.....
- Estado civil:.....
- Escolaridade:.....
- Data/horário do parto:.....
- Tipo de parto:.....
- Tempo de permanência na sala de pré-parto:.....

### **II – PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE PRÉ-PARTO**

- 1- Descreva como foi o tempo que você passou no pré-parto:
- 2- Fale-me sobre o atendimento que recebeu no pré-parto:
- 3- Descreva quanto à assistência de enfermagem, como foi:
- 4- Fale-me sobre o atendimento do enfermeiro:
- 5- Fale-me sobre o espaço em que você estava:

## **ANEXOS**

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO NO NASCIMENTO: A PERCEPÇÃO DA PARTURIENTE QUANTO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-PARTO DO HOSPITAL MATERNIDADE PÚBLICO DE IMPERATRIZ-MA

**Pesquisador:** Paula Cristina Alves da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 05895912.4.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GOIÁS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 166.869

**Data da Relatoria:** 05/12/2012

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de Dissertação de Mestrado de Ciências Ambientais e da Saúde objetiva identificar a percepção da parturiente sobre a assistência de enfermagem recebida na sala de pré-parto atrelada aos aspectos das políticas públicas de humanização do nascimento no município de Imperatriz do Maranhão. Será um estudo exploratório e analítico, com abordagem qualitativa por meio de entrevistas por saturação de informações e análise documental, com abordagem aleatória das pacientes que tiveram seus partos realizados no Hospital Maternidade Público de Imperatriz-MA, na saída da maternidade após receberem alta hospitalar, as puérperas que concordarem em participar da pesquisa serão entrevistadas posteriormente na data e local definidos por elas.

#### Objetivo da Pesquisa:

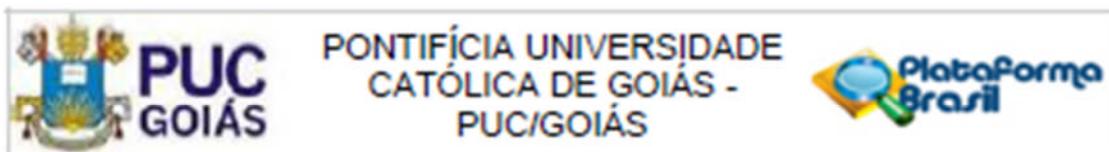
##### Objetivo Primário:

- Conhecer a percepção das parturientes atendidas no pré-parto do Hospital Maternidade Público de Imperatriz-MA, quanto a assistência de enfermagem.

##### Objetivo Secundário:

- Conhecer a assistência de enfermagem prestada às parturientes na sala de pré-parto.
- Caracterizar a estrutura física, organizacional e profissional do hospital.
- Avaliar se a assistência e os procedimentos realizados dentro do pré-parto seguem a política

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069  
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.805-010  
 UF: GO Município: GOIÂNIA  
 Telefone: (52)3346-1512 Fax: (52)3346-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



pública do PHPN.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme Resolução n. 196/96.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme Resolução n. 196/96.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme Resolução n. 196/96.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conforme Resolução n. 196/96.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o mesmo decide considerar o projeto Aprovado, considerando a Resolução 196/96 CNS.

Relembramos que é obrigatório a apresentação do relatório final da pesquisa após a conclusão do projeto.

GOIANIA, 10 de Dezembro de 2012

---

**Acedor por:**  
**Dwain Phillip Santee**  
 (Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.000		CEP: 74.805-010
Bairro: Setor Universitário		
UF: GO	Município: GOIANIA	
Telefone: (52)3246-1512	Fax: (52)3246-1070	E-mail: cep@pucgoias.edu.br

## **ANEXO B - PORTARIA QUE LEGALIZA A ADESÃO DOS MUNICÍPIOS AO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.**

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde

PORTARIA N.º 9, de 5 julho de 2000 (\*)

O Secretário de Políticas de Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de definir a forma de adesão dos municípios ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, conforme estabelecem as Portarias GM N.º 569 e N.º 570, ambas de 1º de junho de 2000, publicadas no Diário Oficial da União do dia 8 subsequente e republicadas em 18 de agosto passado, resolve:

Art. 1º Estabelecer que o processo de adesão ao Programa referido está condicionado ao preenchimento do Termo de Adesão, ANEXO a esta Portaria, com as informações pertinentes ao sistema municipal de atendimento à gestante e sua aprovação, após avaliação técnica pela Secretaria de Políticas de Saúde/MS.

§ 1º A avaliação levará em consideração a capacidade assistencial e a cobertura populacional do sistema apresentado, além da existência de rede de referência e contra-referência.

§ 2º O gestor municipal deverá assinar o Termo de Adesão, responsabilizando-se pelas informações e pelo cumprimento do fluxo de atendimento informado, que visa garantir à gestante e ao recém-nascido residente em seu município a assistência adequada.

Art. 2º No âmbito de cada estado, deverão ser estabelecidos Planos Regionais para a Assistência à Gestação, ao Parto e ao Recém-Nascido, a serem coordenados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com os municípios.

§ 1º Os Planos de que trata este Artigo terão por objetivo explicitar a rede ambulatorial, os laboratórios e os leitos obstétricos, definindo a programação das referências.

§ 2º As Secretarias Estaduais de Saúde, observada a pertinência dos Planos Regionais, farão a respectiva homologação.

§ 3º Aprovados os Planos Regionais, a Secretaria Estadual de Saúde deverá realizar o acompanhamento permanente do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em nível estadual.

Art. 3º As Secretarias Municipais deverão enviar os Termos de Adesão à Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Políticas de Saúde – SPS –, que se responsabilizará pela publicação do ato de aprovação.

Parágrafo único. O gestor estadual deverá designar os representantes regionais que assinarão o Termo de Adesão dos municípios, responsabilizando-se pelas informações.

Art. 4º O Termo de Adesão encontra-se disponível na página do Ministério na Internet – [saude.gov.br](http://saude.gov.br) (Programas e Projetos, Saúde da Mulher, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento) –, podendo ser também reproduzido desta Portaria.

Art. 5º O Termo de Adesão deverá ser encaminhado à Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Políticas de Saúde – SPS -, em papel, devidamente assinado pelos gestores, e em meio magnético pelo e-mail [prenatal@saude.gov.br](mailto:prenatal@saude.gov.br)

Art. 6º Os municípios que aderirem ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento serão avaliados, anualmente, pelo Ministério da Saúde, estando a continuidade no Programa vinculada à apresentação do procedimento 07.071.03.5 – Conclusão da Assistência Pré-Natal –, para, no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas no primeiro ano de adesão e 50% no segundo ano.

Parágrafo único. A primeira avaliação será realizada 18 meses após o cadastramento da primeira gestante do município, em função da conclusão do ciclo gestacional das gestantes inscritas no primeiro ano de adesão ao Programa.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Cláudio Duarte da Fonseca